Р-78.

Серія докторскихъ диссертацій, допущенныхъ въ ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно-Медиц. Академіи въ 1902—1903 году.

№ 2.

7 - НОЯ 2012

УЧЕНІЕ
о
ПЕРИТИФЛИТѢ.

ДИССЕРТАЦІЯ

НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ

М. И. РОСТОВЦЕВА.

(Изъ Хирургическаго Отдѣленія С.-Петербургской Городской Женской Обуховской Больницы).

БІБЛІОТЕКА
Харківського Медичн. Інституту
№ 5061.
Шифр 617.56

ПЕРЕВІР НО
1936

Цензорами диссертаціи, по порученію Конференціи, были: проф. Н. А. Вельяминовъ, проф. Г. И. Турнеръ прив.-доц. Г. Ф. Цейдлеръ.

Переучет
1956 г.

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.
Типографія Т-ва «НАРОДНАЯ ПОЛЬЗА». Коломенская ул., № 39.
1902.

НБ ХНМУ

1950

Переучет-60

7 - ИЮЛ 2002

Докторскую диссертацію лекаря Михаила Ивановича Ростовцева подъ заглавіемъ: „Ученіе о Перитифлитѣ“ печатать разрѣшается съ тѣмъ, чтобы по отпечатаніи было представлено въ Конференцію ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно-Медицинской Академіи 400 экземпляровъ диссертаціи (125 экземпляровъ диссертаціи и 300 отдѣльныхъ оттисковъ краткаго резюме (выводовъ)—въ конференцію и 275 экземпляровъ—въ академическую библіотеку). С.-Петербургъ. Сентября 21 дня 1922 г.

Ученый Секретарь, Ординарный Профессоръ, Академикъ А. Дианинъ.

НБ ХНМУ

БИБЛІОТЕКА
Харьковскаго Медичн. Института
№
Шифръ

Свой трудъ

посвящаю

моей дорогой женѣ и сотрудницѣ

Аннѣ Генриховнѣ

Ростовцевой.

ПРЕДИСЛОВІЕ.

Въ выпускаемомъ сочиненіи мы поставили цѣлью дать возможно полное и всестороннее изложеніе ученія о перитифлитѣ. Въ основу изученія этой болѣзни мы положили, кромѣ литературныхъ данныхъ изъ прошлаго и настоящаго ученія о ней, собственныя изысканія по анатоміи червеобразнаго отростка и слѣпой кишки, по патологической анатоміи и бактеріологіи перитифлита и клиническія наблюденія у постели больныхъ.

Излагая ученіе о перитифлитѣ, мы считали необходимымъ ознакомить читателя съ различными, существовавшими и существующими точками зрѣнія, гипотезами и наблюденіями по каждому отдѣльному вопросу, внося соотвѣтствующія ссылки на литературныя данныя о томъ, дабы облегчить трудъ желающимъ приступить къ болѣе детальной разработкѣ того или другого вопроса. Въ тѣхъ же видахъ мы приложили въ концѣ сочиненія библіографическій указатель, обнимающій почти 3500 сочиненій по вопросу о перитифлитѣ, появившихся до настоящаго года въ иностранной и отечественной литературѣ (въ послѣдней всего лишь около 100 сочиненій. Значительное облегченіе въ отыскиваніи нѣмецкой литературы далъ намъ библіографическій трудъ Grohé—«Pathologie und Therapie der Typhlitiden». Greifswald, 1896—обнимающій довольно полный перечень (до 1200), по преимуществу нѣмецкихъ сочиненій, опубликованныхъ до 1896 года).

Изученіе громадной литературы, а также разработка обширнаго анатомическаго, патолого-анатомическаго, бактеріологическаго и клиническаго матеріала потребовали нѣсколькихъ лѣтъ труда и, конечно, не могли идти успѣшно безъ содѣйствія лицъ, благожелательно отнесшихся къ предпринятой мною задачѣ. Пользуюсь случаемъ и приношу мою искреннюю благодарность этимъ лицамъ:

глубокоуважаемому *Герману Федоровичу Пейдлеру*, прив.-доц. Военно-Медиц. Академіи и завѣдующему Хирургическимъ Отдѣленіемъ Женской Обуховской больницы, за его просвѣщенное содѣйствіе и цѣнныя указанія и руководительство у постели больныхъ и у операціоннаго стола; глубокоуважаемымъ *Владиміру Михайловичу Кернеру*, главному врачу Женской Обуховской больницы, и *Владиміру Александровичу Вастену*, завѣдующему гинекологическимъ отдѣленіемъ той же больницы, за предоставленный клинический матеріалъ, а также и за цѣнныя указанія у постели больныхъ; глубокоуважаемымъ *Александру Ивановичу Моисееву*, прив.-доц. Военно-Медиц. Академіи и прозектору Обуховской больницы, и *Льву Романовичу Креверу*, его помощнику, за предоставленный анатомическій и патолого-анатомическій матеріалъ. Благодарю также *всѣхъ товарищей* хирургическаго и остальныхъ отдѣленій Обуховской больницы, оказавшихъ мнѣ содѣйствіе въ моей работѣ. Не могу не высказать своей благодарности студенту С.-Петербургскаго Технологическаго Института *Максимиліану Францевичу Гельсингіусу* и доктору *Оскару Карловичу Урсину* за изготовленіе рисунковъ.

М. Ростовцевъ.

С.-Петербургъ.
10-го сентября 1902 г.

ЧАСТЬ I.

Глава I.

Историческій очеркъ развитія ученій о воспаленіи слѣпой кишки и червеобразнаго отростка.

Болѣзнь, служащая темой настоящаго сочиненія, при своей распространенности, продолжительности, при характерномъ во многихъ случаяхъ клиническомъ теченіи и при частыхъ роковыхъ исходахъ, конечно, была извѣстна врачамъ съ древнихъ временъ. Такъ, напр. Celsus [1]) и Aretaeus [2]) даютъ указанія на эту болѣзнь.

Точнаго и опредѣленнаго представленія объ ней, какъ въ смыслѣ патолого-анатомическомъ, этіологическомъ, такъ даже и въ клиническомъ, исключая развѣ нѣкоторыхъ отдѣльныхъ рѣзкихъ симптомовъ ея, разумѣется, въ то время не имѣлось.

Болѣе близкое знакомство въ этою болѣзнію въ указанномъ отношеніи начинаетъ зарождаться въ концѣ 18-го и въ началѣ 19-го столѣтія. Правда, еще въ серединѣ XVII столѣтія, именно 28 августа 1642 года Saracenus [3]) въ одномъ письмѣ описываетъ случай гнойника въ правой подвздошной ямкѣ съ отхожденіемъ каловаго содержимаго и съ нимъ 14 штукъ круглыхъ глистъ, но его случай все же неопредѣленнаго характера и только можно подо-

1) Celsus. De re medica; lib IV. cap. XIII anno 25 p. Chr. n.
2) Aretaeus. De causis et signis morborum diuturnorum; lib. I. cap. IX anno 105 p. Chr. n.
3) Опубликованъ A. Rousse'емъ Loire méd. XVI. 114. 1897.

НБ ХНМУ

зрѣвать, что здѣсь имѣлся перитифлитическій гнойникъ. Къ тому же этотъ случай остается единственнымъ, извѣстнымъ намъ на протяженіи столѣтія и даже полутора столѣтія. Только къ концу 18-го и началу 19-го столѣтія стали появляться въ литературѣ описанія отдѣльныхъ наблюденій болѣзни при той или другой необычайной особенности ея. Въ началѣ эти наблюденія носили спорадическій характеръ, касались исключительно смертельно протекавшихъ случаевъ и давали, поэтому, описанія патолого-анатомической картины, часто безъ всякой связи съ предшествовшимъ клиническимъ теченіемъ болѣзни. Такъ Mestivier [1]), Wagler и Roeder [2]), Wegeler [3]), John Robinson [4]), Louyer Villermay [5]), Parkinson [6]), Blackadder [7]), даютъ описанія прободенія червеобразнаго откростка съ послѣдовательнымъ перитонитомъ. Нѣкоторые изъ нихъ (Wegeler, Louyer-Villermay) даютъ даже описаніе классической картины клиническаго теченія остраго перитифлита съ прободеніемъ въ брюшную полость и съ послѣдовательнымъ общимъ перитонитомъ, но они, не найдя ничего кромѣ воспаленія и прободенія столь незначительнаго по своей величинѣ и функціямъ органа, какъ червеобразный отростокъ, не рѣшались видѣть въ его измѣненіяхъ причинной связи съ столь тяжелой болѣзнью.

Другіе авторы того времени даютъ описанія клиническаго теченія болѣзни, весьма сходныя съ клинической картиной перитифлита, но одни изъ нихъ (Peter Frank [8]) и др.) описываютъ ее подъ именемъ «Peritonitis muscularis или psoitis», а другіе, и притомъ большинство, (Ledran [9]), Bourienne [10]), Leuret [11]),

1) Mestivier. Observation sur une tumeur siuée proche la région ombilicale, du côté droit, occasionnée par une grosse épingle, trouvée dans l'appendice vermic. du coecum.—Journ. de méd., chir, pharm. x. 441, 1759.

2) Wagler et Roeder L. H. Tractus de morbo mucoso. Göttingen. 1783.

3) Wegeler Historia enteritidis malignae et singularis calculosi concrementi. Journ. de méd. 1813.

4) Robinson John Med-chir. Zeitung Bd. IV. 1815.

5) Louyer-Villermay Observations pour servir à l'histoire des inflammations de l'appendice du coecum. Arch. gén. de méd. T. V. стр. 276. 1824.

6) Parkinson J. Case of diseaded appendix vermif. Med. Chir. Trans. III. 1812.

7) Blackadder. Notices of certain accidents and diseaded structure of the caput caecum and its appendage.
Edin. Med. and surg. Journ. XXII. 18. 1824.

8) Peter Frank. De curandis hominum morbis epithome. lib. II. Manuheim. 1792.

9) Ledran. Obs. de chir. Tom. II. 1731.

10) Bourienne. Journ. de méd. T. 45. 1755.

11) Leuret. Art. de accouchement. Paris. 1766.

Déleurge [1]) и др.) подъ видомъ *послѣродовыхъ процессовъ или «маточныхъ нарывовъ»*.

Почти въ то же время, или даже раньше, какъ появились первыя литературныя описанія патолого-анатомическихъ измѣненій червеобразнаго отростка, явившіяся, такимъ образомъ, зародышемъ пышно развившейся впослѣдствіи теоріи *объ этіологической роли червеобразнаго отростка* при перитифлитахъ, зародились и первыя предположенія о значеніи каловыхъ скопленій въ кишечникѣ, какъ ведущихъ къ воспаленію и утолщенію кишечной стѣнки, или къ разращенію слизистой и даже раковому перерожденію ея или наоборотъ къ атрофіи мышечнаго слоя кишечной стѣнки (Morgagni [2]), Boerhave [3]), Soemmering [4]), Schulz [5]), Bonneti [6]), Herlin [7]), и др.), предположенія, легшія въ основу также не менѣе пышно разцвѣтшей въ свое время *гипотезы о воспаленіи слѣпой кишки*.

Тѣ и другія наблюденія, однако, какъ уже сказано, носили случайный характеръ, были еще немногочисленны, значеніе описывавшихся явленій оставалось невыясненнымъ, или же выводы дѣлались только для каждаго отдѣльнаго случая.

По мѣрѣ же накопленія наблюденій, которыя вслѣдъ за первыми стали быстро умножаться, появилась логическая потребность въ ихъ классификаціи, въ отысканіи общей причины, ведущей къ однородньмъ послѣствіямъ и въ уясненіи взаимной связи между отдѣльными тѣми или другими явленіями. — Первыя попытки въ этомъ направленіи были весьма удачными и разрѣшеніе возникшаго вопроса, казалось, было близко къ правильному. Такъ Mélier [8]), въ 20 годахъ 19-го столѣтія, на основаніи изученія своихъ случаевъ и случаевъ собранныхъ имъ изъ литературы, почти подошелъ къ правильному разрѣшенію вопроса объ этіологической роли червеобразнаго отростка, но въ это время знаменитый Dupuytren [9])

1) Déleurge. Accouchem. 1777.

2) Morgagni. Adversia anatomica T. II. Padua. 1719.

3) Boerhavii. Praelect. acad. tom. I. 1730.

4) Soemmering. Götting. gelehrt. Anzeiger. St. XXV. 1778.

5) Schulz. De tympanitide. Inaug. Diss. Göttingen. 1788.

6) Bonneti. Sepulcr. anat. lib. II. sect. 14. 1762.

7) Herli. Réflexions et observations sur l'usage de l'append. vermif. de caecum Journ. de méd. chir. et pharm. T. XXX. 1768.

8) Mélier. Sur les maladies de l'appendice caecal. Arch. gén. T. XVII. 1827.
— Journ. gén. de méd. 17. Sept. 1828.

9) Dupuytren. Des abscès de la fosse iliaque droite. Leçons orales de clin. chir. t. III. 1833.

съ своими учениками (Husson et Dance, [1]) Ponceau, [2]) Ménière [3]) и др.) выступилъ съ своею знаменитою теоріей нагноеній въ правой подвздошной ямкѣ—теоріей, надо признаться, стройной и не лишенной во многомъ логической послѣдовательности. Противъ мнѣнія такого научнаго авторитета, какъ Dupuytren, не могъ Mélier противостоять съ своимъ скромнымъ мнѣніемъ, и теорія перваго быстро нашла своихъ приверженцевъ и назолго укоренилась и не исчезла окончательно еще до сихъ поръ въ ученіи о происхожденіи воспалительныхъ явленій правой подвздошной ямки.

Основныя положенія теоріи нагноенія правой подвздошной ямки короче, «Дюпюитреновскихъ нарывовъ» (abscessus iliacus verus s. Dupuytrenis. abscessus pericoecalis позднѣйшихъ авторовъ) были слѣдующія:

1. Часто наблюдаемыя при нихъ разстройства желудочно-кишечнаго тракта, а именно запоры.

2. Воспаленіе забрюшиннои клѣтчатки (textus cellulosus subperitonealis), окружающей заднюю стѣнку слѣпой кишки, свободную отъ брюшины, воспаленіе, иногда переходящее въ обильное нагноеніе, а иногда распространяющееся по всей брюшинѣ, или прорывающееся въ кишечникъ или наружу.

3. Слѣпая кишка по своему положенію и функціямъ представляетъ благопріятныя условія для скопленія и уплотненія въ нихъ каловыхъ массъ, такъ какъ здѣсь имѣется съуженіе въ видѣ valv. ileo-coecalis, а кромѣ того слѣпая кишка представляетъ собою неподвижный слѣпой мѣшокъ, откуда кишечное содержимое въ противоположность законамъ тяжести должно переднигаться вверхъ.

4. Скопленіе и уплотненіе каловыхъ массъ въ слѣпой кишкѣ ведетъ къ воспаленію, изъязвленію и прободенію ея стѣнокъ, а именно скорѣй всего задней, какъ лишенной брюшиннаго покрова.

5. Малѣйшее же воспаленіе слѣпой кишки ведетъ къ развитію воспаленія и нагноенія въ забрюшинной клѣтчаткѣ правой подвздошной ямки между листками mesococci.

Одновременно съ Dupuytren'омъ въ Германіи Puchelt [4])

[1]) Husson et Dance. Mémoire sur quelques engorgements inflammatoires qui se développent dans la fosse iliaque droite. Rep. gén. d'anat. et de la chir. Tom. IV. 1827.

[2]) Ponceau. Observations et reflexions sur quelques points de méd. Thèse de Paris. 1827.

[3]) Ménière. Mémoire sur les tumeurs phlegmoneuses occupantes la fosse iliaque droite. Arch. gén. de méd. 1832.

[4]) Puchelt. Das System der Medicin. II Th. II B. Heidelberg 1829. — Klin. Annalen 8 Bd. 4 H. Heidelberg 1832.

съ своими учениками (Goldbeck, [1]) Spielman, [2])) въ рядѣ работъ, развилъ свои взгляды на воспаленіе клѣтчатки вокругъ слѣпой кишки, которое онъ назвалъ «Perityphlitis» (περὶ τὸ ἔντερον τύφλον—около слѣпой кишки). Кромѣ этого термина, удержавшагося до сихъ поръ, въ ихъ работахъ интересенъ ихъ взглядъ на копростазы при перитифлитѣ, которые они (Goldbeck) считали не за первичное явленіе, ведущее къ воспаленію стѣнокъ слѣпой кишки, а наоборотъ.

Вскорѣ послѣ того появляется работа Albers'a [3]) съ его общепринятымъ впослѣдствіи клиническимъ дѣленіемъ трактуемой болѣзни на

1. *Typhlitis acuta.*
2. *Typhlitis chronica.*
3. *Perityphlitis.*

Воспаленіе слѣпой кишки съ застоемъ въ ней каловыхъ массъ (*typhlitis stercoralis s. cobrotyphlitis)* Albers объяснялъ атоніей ея стѣнокъ.

Взгляды Dupuytren'а и Albers'а легли въ основу всѣхъ послѣдующихъ работъ по вопросу о «воспаленіи слѣпой кишки». въ которыхъ детально разработывались отдѣльныя его части, именно касательно этіологіи, патологической анатоміи, клиническаго теченія и леченія. Этими работами, казалось, окончательно были подкрѣплены гипотезы Dupuytren'а и Albers'а, пока мало по малу накоплявшіяся наблюденія надъ измѣненіями червеобразнаго отростка не создали новой теоріи, побѣдоносно выступившей на смѣну старой.

Изъ работъ о воспаленіи слѣпой кишки кромѣ выше упомянутыхъ слѣдуетъ привести, какъ наиболѣе значительныя работы Unger'а [4]) Pézérat, [5]) Ferral'я, [6]) Posthuma, [7]) Caze-

[1]) Goldbeck. Ueber eigenthümliche entzündliche Geschwülste in der rechten Hüftbeingegend. In. D. Worws. 1830.
— Heidelberger klinische Annalen T. VIII. 1832.
— Medicinische Annalen. T. I. 1837.

[2]) Spielmann. Neue Jahrbücher der deutschen Med. u. Chir. 1832.

[3]) Albers. Beobachtungen aus dem Gebiete der Pathologie und pathologischen Anatomie. T. II. Bonn 1838.

[4]) Unger. Commentatio medico practica de morbis intestini cocci et de dignitate hujus visceris pathologica in diudicando passione colica et iliaca. Lipsiale. 1828.

[5]) Pézérat. Ph. Observations sur un abscès phlegmoneux du flanc et de la fosse iliaque du côté droit. etc. Journ. complém. du Diction.. des sciences med. T. 33. Paris. 1829.

[6]) Ferral. On phlegmonous tumors in the rigth iliac region. Edinburg med. and surg. Journ. 31. 1831.

[7]) Posthuma J. De intestini cocci ejusque processus vermicul. pathologia. In. Diss Grüningen. 1835.

neuve[1]), Roesch'a[2]) Holscher'a[3]) Andral'я[4]), Velpeau,[5]) Jaeger'a[6]). Löschner'a[7]), Marchal de Calvi[8]), Piottay[9]), Hübbaner'a[10]), Mannot[11]). Hamann'a[12]), Baernhoff'a[13]), Henninger'a[14]), Oppolzer'a[15]), и мн. др.

Послѣднимъ изъ перечисленныхъ авторовъ (Oppolzer'омъ) введенъ въ употребленіе новый терминъ «*paratyphlitis*» въ отличіе отъ perityphlitis, указывающій на скопленіе гноя въ забрюшинной клѣтчаткѣ въ противоположность скопленію гноя вокругъ слѣпой кишки внутрибрюшинно (perityphlitis).

Изъ русскихъ авторовъ въ то время писали о нарывахъ правой подвздошной ямки Пироговъ[16]) и Платоновъ[17]).

Пироговъ различалъ 5 видовъ нарывовъ подвздошной впадины:

1) *Остро-флегмонозные нарывы*—съ рѣзко выраженными мѣстными явленіями у людей крѣпкаго тѣлосложенія, не страдавшихъ тяжелыми болѣзнями.

2) *Торпидно-флегмонозные нарывы*—съ слабо выраженными мѣстными явленіями, часто съ изнурительной лихорадкой и съ ча-

---

1) Cazeneuve, Mémoire sur les perforations intestinales. Gaz. méd. de Paris. № 52. 1837 et. № 1. 1838.
2) Roesch. Perityphlitis. Würtemberg. medic. Correspondenzbl. № 37. 1834
3) Holscher. Inflammatio intestini coeci. Hannover. Ann. f. d. ges. Heilk. III. 1838.
4) Andral. Cours de Pathol. interne. Paris. 1836.
5) Vilpeau. Les abscès de la fosse iliaque, considérés chez l'homme et chez la femme. Leç. or. de clin. chir. t. III. 1841.
6) Jaeger. Ueber Darmsteine des Menschen und der Thiere. Berlin. 1834.
7) Löschner. Ueber Perityphlitis. Weitenwebers Beiträge Bd. II. H. 1 1840.
8) Marchal de Calvi. Des abscès phlegmoneux intrapelviens. Paris. 1844.
9) Piottay. Essai sur les tumeurs phlegmoneuses de la fosse iliaque. Thèse de Paris 1837.
10) Hübbauer. Ein Fall von Typhlitis stercoralis acquisita. Med. Corresp. d. Würtem. ärztl. Ver.—1838.
11) Mannot. Des abscès de la fosse iliaque int. Thèse de Paris. 1841.
12) Homann. De typhlitide. Berolini. 1850.
13) Baernhoff. Perityphlitis mit secund. suppurativer Pfordaderentzünd. Beitr. zur Heilk. 1854.
14) Henninger. Perityphlitis, Colonitis, Typhlitis stercoralis. Zeitschr. f. Wundärzte u. Geburtsh. 1855.
15) Oppolzer. Ueber Perityphlitis. Allg. med. Zeitg. Wien. 1858.
— Path. und Ther. der Endzündgun des subperitonealen Bindegew. Wien. med. Wochensch. 1863.
— Peritonitis circumscripta; Perityphlitis. Spitals — Ztg. 1862.
16) Пироговъ Н. И. Клиническія лекціи о нарывахъ подвздошной впадины Другъ Здравія № 1 и 2. 1852.
17) Платоновъ. О нарывахъ подвздошной впадины. Военно-Медицинскій Журналъ. № 1 и 2. 1854.
Platonoff. De abscessu iliaco vero s. abscessu perityphlitico (Dupuytren) Petropoli 1853.

стымъ гнойнымъ зараженіемъ (diathesis purulenta).—Эти нарывы развиваются обыкновенно у людей вялыхъ, лимфатическихъ, страдавшихъ уже какими либо тяжелыми болѣзнями.

3) *Холодные нарывы*—лихорадочныя явленія, если и бываютъ, то весьма слабыя; мѣстныя явленія ясно выражены, но безъ напряженія. Эти нарывы развиваются у людей кахектическихъ.

4) *Острые инфильтраты*—общія явленія сходны съ таковыми же при остро-флегмонозныхъ нарывахъ.

5) *Торпидные инфильтраты*—съ общими явленіями, сходными при торпидно-флегмонозныхъ нарывахъ.

Мѣстныя же явленія у обоихъ послѣднихъ видовъ имѣютъ ту особенность, что нагноеніе распространяется на весьма большія пространства въ подбрюшинной клѣтчаткѣ, напр. до средней линіи грудобрюшной преграды и въ полость малаго таза.

Нерѣдко подвздошные нарывы производятъ прободеніе брюшины съ послѣдовательнымъ общимъ перитонитомъ.

Платоновъ считаетъ названіе данное Dupuytren'омъ «abscessus fossae iliacae *dextrae*» невѣрнымъ, говоря, что подобные нарывы бываютъ и на лѣвой сторонѣ и поэтому, по его мнѣнію, лучше эти нарывы называть просто подвздошными, разумѣя подъ этимъ то, что на правой сторонѣ они развиваются позади слѣпой кишки, а на лѣвой позади S-образнаго загиба лѣвой ободочной кишки.

Излагая *этіологію* подвздошныхъ нарывовъ, Платоновъ различаетъ причины *предрасполагающія и случайныя* Во главѣ *предрасполагающихъ* причинъ онъ ставитъ анатомическое устройство *coeci*, S.-Romani и *appendicis coecalis*. Приведя наблюденія Marchal-de-Calvi, Grisolle'я[1]), что подвздошные нарывы съ правой стороны встрѣчаются въ 5 разъ чаще, чѣмъ съ лѣвой, Платоновъ кромѣ объясненія тому анатомическимъ устройствомъ самой слѣпой кишки, болѣе предрасполагающимъ къ развитію нарывовъ, чѣмъ анатомическое устройство S.-Romanum, указываетъ также и на «*неоспоримое вліяніе червеобразнаго отростка*». «По отношенію его къ кишкамъ, засѣвшія въ немъ инородныя тѣла и фекальныя массы не иначе могутъ выйти изъ него, какъ путемъ ретрограднымъ; такой выходъ, очевидно, не возможенъ, особенно при значительномъ объемѣ инородныхъ тѣлъ, внѣдряющихся въ его

---

1) Grisolle. Histoire des tumeurs phlegmoneuses des fosses iliaques. Arch. gén. de méd. t. III. IV. 1839.

стѣнки, а задерживаясь въ немъ надолго, инородныя тѣла раздражаютъ его, воспаляютъ, изъязвляютъ, прободаютъ и такимъ образомъ производятъ нарывы».

Наблюденіямъ этимъ, однако, еще дѣлали весьма низкую оцѣнку и не понимали и малѣйшей части ихъ значенія; при томъ же само опредѣленіе подвздошныхъ нарывовъ было весьма неточное, обнимавшее разнородныя болѣзни, какъ напр. послѣродовыя и др. Такъ, указавъ на болѣе частое развитіе подвздошныхъ нарывовъ съ правой стороны, Платоновъ, тотчасъ же дѣлаетъ тому поправку, говоря, «что подмѣченный законъ имѣетъ нѣкоторое исключеніе; такъ замѣчено, что у женщинъ въ послѣродовомъ періодѣ подвздошные нарывы чаще развиваются въ лѣвой подвздошной ямкѣ».

Въ числѣ другихъ *предрасполагающихъ* причинъ приведены имъ:

Полъ, именно по наблюденіямъ Dupuytren'a, Marchal de Calvi, Grisolle'я и др. у мужчинъ подвздошные нарывы встрѣчаются чаще, чѣмъ у женщинъ. По ученію же Grisolle'я, Piottay женщины наичаще заболѣваютъ въ послѣродовомъ періодѣ.

Возрастъ—а именно чаще заболѣваютъ взрослые.

Время года,—конецъ лѣта и начало осени.

Упорные запоры.

Родъ жизни и занятія.

Перемѣны климата и вообще гигіеническихъ условій.

Дурное гигіеническое содержаніе и гнетеніе духа.

Госпитальная атмосфера и весь госпитальный неудобства.

Простуда и все то, что производитъ раздраженіе и воспаленіе кишечнаго канала.

Въ числѣ причинъ *случайныхъ* приводятся:

Травмы живота, чрезмѣрная усталость, простыя и специфическія воспаленія толстыхъ кишекъ, perityphlitis (sic!) et colitis; неумѣренное употребленіе питательной пищи, злоупотребленіе спиртными напитками, драстическими средствами, горькими средствами, меркуріальными; усилія при испражненіяхъ, кашлѣ, чиханіи; отъ свинцовой колики у живописцевъ, мѣдниковъ и красильщиковъ; инородныя тѣла, засѣвшія въ слѣпой кишкѣ или *въ червеобразномъ отросткѣ*, каковы: затвердѣвшія фекальныя массы, зерна и косточки плодовъ, рыбьи косточки, пуговицы, calculi biliares, глисты и т. п.; изъязвленія кишекъ, зависящія или отъ присутствія инородныхъ тѣлъ, или отъ различныхъ перерожденій, или отъ тифознаго процесса, или отъ воспаленія, названнаго Albers'омъ typhlitis.

Кромѣ перечисленныхъ предрасполагающихъ и случайныхъ причинъ указывается еще и на то, что подвздошные нарывы развиваются *modo symptomatico*, т. е. при страданіяхъ другихъ болѣе или менѣе отдаленныхъ частей: такъ у *мужчинъ* при различнаго рода страданіяхъ яичекъ, сѣменныхъ канатиковъ, предстательной железы, у *женщинъ*—при страданіяхъ матки послѣ родовъ, при страданіяхъ яичниковъ, Фаллопьевыхъ трубъ, связокъ и всего маточнаго аппарата; у того и другого пола: при страданіяхъ тазовыхъ костей и бедренно-тазового сустава, при страданіяхъ тазовыхъ мышцъ и клѣтчатки, sub peritonitide, cystitide, phlebitide, lymphadenitide; послѣ операцій на брюхѣ; при воспаленіяхъ синовіальныхъ сумокъ, тазовыхъ мышцъ, при бубонахъ.

Нѣкоторыми авторами допускается воспаленіе клѣтчатки и образованіе подвздошныхъ нарывовъ «*modo spontaneo*», безъ всякихъ отдаленныхъ причинъ.

Столь длинный перечень безчисленныхъ предрасполагающихъ и случайныхъ причинъ, ведущихъ къ образованію подвздошныхъ нарывовъ, и столь же безчисленныхъ условій, вызывающихъ развитіе нарывовъ «modo symptomatico» или «modo spontaneo», показываетъ, какое въ сущности въ то время господствовало туманное представленіе о патогенезѣ «подвздошныхъ нарывовъ», не смотря на существованіе столь простой по первому взгляду теоріи Dupuytren'a и Albers'a.

По мѣрѣ же все большаго и большаго уясненія истиннаго значенія состоянія *червеобразнаго отростка* въ этіологіи трактуемаго заболѣванія вносился больший и больший свѣтъ въ эту темную область.

Первыя наблюденія патолого-анатомическихъ измѣненій червеобразнаго отростка (Mestivier, Wagler-Roeder'a, Wegeler'a, John Robinson'a, Louyer Villarmay и др.) какъ уже сказано выше, относятся къ періоду, даже болѣе раннему, чѣмъ успѣла создаться гипотеза «воспаленія слѣпой кишки и подвздошныхъ нарывовъ»; но наблюденія были еще немногочисленны, попытки обобщеній ихъ и соотвѣтствующихъ выводовъ терялись въ массѣ наблюденій, производимыхъ съ другой точки зрѣнія, выставленной и защищаемой самыми выдающимися авторитетами того времени. Сила все чаще и чаще обнаруживавшихся фактовъ не давала, однако, пройти безслѣдно первымъ попыткамъ правильнаго толкованія констатируемыхъ явленій.

О наблюденіяхъ и выводахъ Mélier мы уже говорили.

Louyer-Villermay спустя 10 лѣтъ послѣ опубликованія своихъ первыхъ случаевъ прободенія червеобразнаго отростка вновь выступаетъ [1]) съ работой на ту же тэму.

Merling [2]) уже констатируетъ у входа въ полость червеобразнаго отростка клапановидную складку, которую описывали впослѣдствіи подъ именемъ заслонки Gerlach'a и которой приписывали большую патогенетическую роль въ воспаленіяхъ червообразнаго отростка; Merling же придавалъ ей значеніе обратное, именно значеніе клапана, пропускающаго выхожденіе слизи изъ полости отростка и задерживающаго поступленіе въ него содержимаго изъ слѣпой кишки; при неизвѣстныхъ же условіяхъ онъ допускалъ, что въ отростокъ могутъ попадать калъ и инородныя тѣла; послѣдніе въ такихъ случаяхъ вызываютъ воспаленіе, гангрену и прободеніе червеобразнаго отростка при очень жестокихъ явленіяхъ съ послѣдовательнымъ летальнымъ общимъ перитонитомъ.

Merling допускалъ между прочимъ воспаленіе червеобразнаго отростка и при отсутствіи инороднаго тѣла.

Объ идіопатическомъ воспаленіи отростка упоминаетъ также и Wilhelmi [3]).

Grisolle выступаетъ уже съ опроверженіемъ распространеннаго мнѣнія, что воспаленіе слѣпой кишки вызываетъ воспаленіе клѣтчатки, которая, по его мнѣнію, является атмосферой, ставящей преграду распространенію процесса; наоборотъ, газовыя флегмоны вызываютъ запоры. Развитіе же подвздошныхъ нарывовъ происходятъ отъ *прободенія* слѣпой кишки или червеобразнаго отростка инороднымъ тѣломъ или затвердѣвшимъ каломъ. При этомъ *при прободеніи червеобразнаго отростка* или передней стѣнки слѣпой кишки, если не образовалось ранѣе защитительныхъ склеекъ, развивается общій перитонитъ, при прободеніи же задней стѣнки слѣпой кишки образуется нарывъ позади ея.

Petrequin [4]) педлагаетъ для леченія общихъ перитонитовъ *вслѣдствіе прободенія червеобразнаго отростка* опій въ высокихъ дозахъ, что давало будто бы ему хорошіе результаты.

[1]) Louyer-Villermay. Infl. gangr. de l'appendice iléo-caecale. Gaz. méd. de Paris. 1836.
[2]) Merling. In. Diss sist. processus vermiformis anatomiam patholog. Heidelberg. 1836.
[3]) Wilhelmi. De perityphlitide. Inaug-Diss. Heidelberg. 1837.
[4]) Petrequin. De l'emploi de l'opium à haute dose dans les perforations spontanées de l'appendice iléocaecale. Gaz. méd. de Paris. II S., V T., 1837.

Bilske [1]), Pommer-Esche [2]), Boehr [3]), Arnold [4]), Malespine [5]) и др. описываютъ случаи колики вслѣдствіе застреванія камня въ червеобразномъ отросткѣ и случаи воспаленія и прободенія его различными инородными тѣлами.

Наиболѣе строгую критику теоріи Dupuytren'a въ то время встрѣтила въ Англіи. Такъ Burne [6]) противъ правильности взгляда Dupuytren'a, что своеобразное строеніе слѣпой кишки располагаетъ къ скопленію кала въ ней и вслѣдствіе того къ воспаленію, которое даже при небольшой степени его передается окружающей слѣпую кишку клѣтчаткѣ, выставилъ тѣ наблюденія, что часто встрѣчаемые обширные воспалительные процессы въ слѣпой кишкѣ, какъ напр. при ileotyphus, протекаютъ, однако, безъ слѣда забрюшинныхъ гнойниковъ.

Затѣмъ Burne полагалъ, что въ большинствѣ случаевъ находимое при вскрытіяхъ прободеніе слѣпой кишки было не первичнымъ, а вторичнымъ, снаружи внутрь, при нагноеніяхъ, развивающихся вслѣдствіе изъязвленія или прободенія *червеобразнаго отростка* и что вообще въ большинствѣ Dupuytren'овскихъ случаевъ изъязвленіе *червеобразнаго отростка* есть главная причина нарывовъ правой подвздошной ямки.

Illif [8]), Stockes [9]), Smith [7]) и др. англійскіе авторы своими наблюденіями еще болѣе выдвинули значеніе червеобразнаго отростка.

Вскорѣ послѣ того въ Германіи патолого-анатомъ Rokitansky [10]) выставилъ значеніе заболѣваній червеобразнаго отростка на болѣе видное мѣсто, чѣмъ было до сихъ поръ. Его описанія происхожденія и развитія изъязвленій и прободеній червеобразнаго отростка

[1]) Bilske. Tödlich gewordene Eiterung des Proc. vermif. Rust's Magazin. Bd. 52, 1838.
[2]) Pommer-Esche. Entzünd. und Durchbohrung des Processus verm. Kasper's, med. Wochenschrift, № 40, 1838.
[3]) Boehr. Med. Zeit. v. V. f. Heilkunde in Prag. № 27, 1837.
[4]) Arnold. Beitr. zur Lehre von den Krankh. des Wurmfortsatzes. Monatssch. für Med. von Ammon. Bd. II, 1839.
[5]) Malespine. Observations pour servir à l'histoire des lésions de l'appendice vermic. Arch. gén. de méd. I, 1841.
[6]) Burne. On typhloenteritis and inflammation and perforative ulceration of the caecum and of the appendix vermiformis caeci. Med. chir. Trans. XXII, 1839, and. — On diseases of the caecum and appendix. Med. chir. Trans. v. XX, 1837.
[7]) Illif. Lond. Med. and Chir. Journ. I, 1832.
[8]) Stockes. Encycl. of med. pract. III v. London, 1835.
[9]) Smith. Observation upon the caecum. Dublin, 1835.
[10]) Rokitansky. Handbuch der pathol. Anatomie, III, 1842.

вслѣдствіе каловыхъ конкрементовъ или инородныхъ тѣлъ не утратило своего значенія до сихъ поръ:

«Частое и по своимъ послѣдствіямъ весьма опасное заболѣваніе червеобразнаго отростка есть *катарральное воспаленіе* его, весьма сходное по своей первоначальной формѣ съ typhlitis stercoralis: это воспаленіе *acrida* вызывается раздраженіемъ попавшихъ въ червеобразный отростокъ и уплотнившихся въ немъ каловыхъ веществъ или инородныхъ тѣлъ, по преимуществу небольшихъ плодовыхъ зеренъ».

«Воспаленіе большею частью имѣетъ хроническое теченіе, долго остается какъ Hennorrhoe червеобразнаго отростка съ утолщеніемъ его стѣнокъ, но, наконецъ, вслѣдствіе частыхъ обострѣній переходитъ въ изъязвленіе, которое или распространяется на весь отростокъ, если инородное тѣло подвижно въ немъ, или же ограничивается тѣмъ мѣстомъ, гдѣ засѣло инородное тѣло или распространяется по ту сторону его, гдѣ оно быстро развивается вслѣдствіе скопленія секрета и вызываемаго тѣмъ растяженія».

«При благопріятныхъ обстоятельствахъ, изъ которыхъ на первомъ мѣстѣ стоитъ удаленіе инороднаго тѣла, язвенный процессъ прекращается, червеобразный отростокъ сморщивается или частью или совершенно съ полнымъ запустѣніемъ его канала».

«Въ другихъ случаяхъ язвенный процессъ быстро или постепенно ведетъ къ прободенію червеобразнаго отростка, которое происходитъ на различнѣйшихъ мѣстахъ, очень часто на или вблизи его верхушки, иногда охватываетъ во всю толщу, такъ что отростокъ распадается на двѣ части. Обыкновенно это прободеніе и изліяніе черезъ него гнойно-гнилостнаго содержимаго въ брюшную полость не влечетъ за собою тотчасъ же общаго перитонита, ибо во время язвеннаго процесса, совершающагося внутри червеобразнаго отростка, происходитъ ограниченное раздраженіе сосѣднихъ участковъ брюшины и склеиваніе ея, вслѣдствіе чего прободеніе на болѣе или менѣе долгое время остается безвреднымъ для остальной брюшной полости. Внутри же ограниченнаго такимъ образомъ очага процессъ, въ видѣ язвеннаго разрушенія брюшины, идетъ впередъ и разрѣшается, наконецъ, въ общій перитонитъ но разрушенію предварительныхъ склеекъ или даже помимо того».

Но Rokitansky долженъ былъ уступить требованіямъ клиницистовъ, признавъ typhlitis stercoralis, какъ частое заболѣваніе слѣпой кишки, вызываемое привычными стазами и скопленіями

кала въ слѣпой кишкѣ, ведущими къ разрушенію кишечной стѣнки вплоть до прободенія ея съ послѣдовательнымъ перитонитомъ.

Изслѣдованія и выводы Rokitansk'аго касательно патолого-анатомическихъ измѣненій червеобразнаго отростка послужили основой для работъ выдающагося въ то время клинициста Volz'a. [1]) который, исходя изъ своихъ наблюденій и наблюденій другихъ авторовъ, отводитъ значительную этіологическую роль червеобразному отростку. *Инородныя тѣла* въ немъ онъ раздѣляетъ на двѣ группы: на попавшія извнѣ, какъ плодовыя и фруктовыя зерна и другія инородныя тѣла и на образовавшіяся на мѣстѣ вслѣдствіе отложенія кала и слизи вокругъ какого либо ядра.

Вскорѣ послѣ того выступилъ другой знаменитый клиницистъ Bamberger, [2]) съ своими работами, всесторонне касавшимися заболѣваній правой подвздошной ямки. Въ этихъ работахъ Bamberger, хотя удерживаетъ значеніе воспаленій слѣпой кишки для многихъ случаевъ, но также отводитъ выдающееся мѣсто и для червеобразнаго отростка и даже въ нѣкоторыхъ случаяхъ преимущественное. Такъ онъ указываетъ, что изъ 18 его смертельно протекшихъ случаевъ въ 14 было прободеніе червеобразнаго отростка и только въ 4 случаяхъ прободеніе слѣпой кишки.

Не смотря, однако, на незадолго передъ тѣмъ произведенныя изслѣдованія Bardeleben'а, [3]) показавшія, что слѣпая кишка, въ противоположность господствовавшимъ представленіямъ о томъ, покрыта брюшиной со всѣхъ сторонъ, Bamberger все еще принималъ существованіе ретроцекальной клѣтчатки, служившей мѣстомъ развитія «перитифлитовъ», берущихъ начало отъ воспаленія слѣпой кишки.

Въ дополненіе къ статистическимъ даннымъ Bamberger'а почти одновременно съ ними появились статистическія изслѣдова-

[1]) Volz A. Ueber die Verschwärung und Perforation des Proc. vermif. bedingt durch Fremkörper. Haesers Arch. für die gesam. Med. IV. 1863.

— Die durch Kothsteine bedingte Durchbohrung des Wurmfortsatzes, die häufig verkannte Ursache einer gefährlichen Peritonitis und deren Behandlung mit Opium. Karlsruhe 1846.

[2]) Bamberger. Die Endzündungen der rechten Fossa iliaca. Wien. med. Wochenschrift. 1853.

— Die Typhlitis, die Perityphlitis u. die Entzündung des würmförm. Fortsatzes. Handbuch der spec. Path. u. Ther. v. R. Virchow. Bd. VI. 1. H. 1855.

— Ueber die Perforation des wurmförm. Anhanges. Verh. der phys. med. Gesellschaft in Würzburg. IX. 123. 1859.

[3]) Bardeleben. Ueber die Lage des Blinddarms beim Menschen. Virchow's Arch. Bd. II. 1849.

ния Tüngel'a [1]) о патолого-анатомическихъ измѣненіяхъ червеобразнаго отростка; именно за 2 года вскрытій въ Гамбургской больницѣ Tüngel нашелъ, помимо прободеній червеобразнаго отростка, 30 разъ полную или частичную облитерацію просвѣта, 43 раза катарръ и болѣе старые каловые конкременты, 12 разъ ненормальныя прикрѣпленія и 11 разъ туберкулезныя язвы.

Несмотря, однако, на то, что наблюденія надъ заболѣваніями червеобразнаго отростка какъ со стороны клинической, такъ и патолого-анатомической быстро умножались и мы видимъ въ это время длинный рядъ работъ Clauss'a [2]) Schnürer'a, [3]) Cless'a [4]) Ruetten'a [5]) Traube [6]), Leuder [7]), Keber'a, [8]) Münchweyer'a [9]), Philipp'a [10]), Kellner'a [11]), Larret-Lamalignie [12]), Büchner'a [13]), Herold'a [14]), Barthez'a [15]), Vidal'a [16]), Crouzet [17]), Ledantec'a [18]), Petit [19]), Eisenschitz [20]), Bartholow [21]), Hallete'a [1]), Parker'a [2]), Blatin'a [3]), Farquharson'a [4]), Depalier [5]), Langdon Down'a [6]), Peacock'a [7]), Wynkoop'a [8]) Moers'a [9]), Boehm'a [10]), Luschka [11]), Aufrecht'a [12]) и мн. др. трактующихъ о заболѣваніяхъ червеобразнаго отростка, все же старая теорія «воспаленія слѣпой кишки» пользуется еще широкою популярностью и въ это время воспаленіямъ, аппендикулярнаго происхожденія, самое большее, что удѣляется такое же мѣсто, какъ и воспаленіямъ, берущимъ начало изъ слѣпой кишки, а чаще значительно меньшее. Такъ напр. Шахтингеръ [13]) описываетъ слѣдующіе виды болѣзни, принятые въ то время:

Dilatatio coeci stercoralis.
Typhlitis acuta.
Typhlitis chronica.
Inflammatio processus vermiformis—Perityphlitis.

При *dilatatio coeci stercoralis* фекальныя массы пристаютъ къ кишечнымъ стѣнкамъ и высыхаютъ здѣсь, вслѣдствіе чего новыя ихъ массы останавливаются и растягиваютъ слѣпую кишку. Эти массы могутъ превращаться въ настоящіе камни (*typhlo-lithiasis, Enterolithen*). Ядро этихъ камней часто составляютъ инородныя тѣла, косточки плодовъ, желчные камни и т. п. Камни эти состоятъ изъ концентрически расположенныхъ слоевъ, и по химическому составу состоятъ изъ фосфорно-кислой амміакъ-магнезіи, фосфорно-кислой и углекислой извести, фосфорно-кислаго кали и

[1]) Tüngel. Bericht des Hamburger Krankenhauses. 1858—59.
[2]) Clauss. Ueber spont. Darmperfor. Inang. Diss. Zürich. 1856.
[3]) Schnürer. Ueber die Perforation des Wurmfortsatzes. Erlangen 1854.
[4]) Cless. Zur Kasuistik der Verschwärung und Durchbohrung des Wurmfortsatzes durch Kothconcremente. Med. Cor. Bl. d. Würt. ärztl. Ver. XII. 1857.
[5]) Ruetten. De Perityphlitide. Inang. Diss. Berlin. 1858.
[6]) Traube. Ein Fall von Durchbohrung des Wurmfortsatzes. Med. Zeit. 1 № 21. 1868.
— Perforation des Wurmfortsatzes; Pylephlebitis; beginnende Leberabscesse. Deutsche Klinik. № 51. 1859.
[7]) Leudet. Anat. path. e. clin. sull ulc. e la perfor. del proc verms. Annali-universali di Med. Ag. 1859.
— Recherches anat. path. et clin. sur l'ulc. et la perf. de l'app. iléo-caecal. Arch. gen. de méd. II. 129. 1859.
[8]) Keber. Ueber Entzünd. und Perfor. des Wurmfortsatzes. Inaug. Diss. Bern. 1859.
[9]) Münchmeyer. Untersuchungen über Typhlitis und Perityphlitis. Deutsche Klinik. 1860.
[10]) Philipp. De proc. vermicularis perforatione. Inaug. Diss. Berolini. 1860.
[11]) Kellner. De perforatione proc. vermic. Inaug. Diss. Berolini. 1861.
[12]) Larret-Lamalignie. Des perforations de l'appendice iléo-caecal. Th. de Strassbourg. 1862.
[13]) Büchner. Ein Fall von Entzünd. des Proc. Vermiformis. Würzb. med. Zeitschr. III. № 24. 1862.
[14]) Herold. De proc. vermiformis perf. Inaug. Diss. Berlin. 1862'
[15]) Barthoz. Peritonite gén., gangr. de l'append. verm. du caec. Bull. de la Soc. méd. des hôp. I. 3. t. V. 1863
[16]) Vidal. Entérolithe dans l'appendice de caecum. Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris. 1864.
[17]) Crouzet. Des perforations spont. de l'appendice iléo-caecal. Thèse de Paris. 1865.
[18]) Ledantec. De l'inflammation du caecum et de son appendice. Thèse de Paris. 1865.
[19]) Petit. Entérolith ayant perf. l'appendice caecale. Revue méd. Juin. 1866.
[20]) Eisenschitz. Peritonitis, hervogerufen durch Perforation des Proc. vermiz. Wiener med. Presse. 1866.
[21]) Bartholow R. On typhlitis and perityphlitis; on disease of the caecum and appendix. Amer. Journ. of med. sc. Oct. 1866.

[1]) Hallete. Des perforations de l'append. caec. Thèse de Paris. 1867.
[2]) Parker W. An operation for abscess of the app. verm. caeci. N. Vork. Med. Rec. 1867.
[3]) Blatin. Recherches sur la typhlite et périty phlite consecutive. Thèse de Paris. 1868.
[4]) Farquharson R. Case of pericoecal abscess caused by perforation of the vermiform appendix. Edinb. Med. Journ. June 1868.
[5]) Depallier. Des perforations spont. de l'append. iléo-caecal. Thèse de Paris. 1868.
[6]) Landon. Ulceration of the appendix vermif. Transact. of the Path. Soc. London. 1868.
[7]) Peacock. Ulceration of the appendix vermif. and abscess in the cellul. tiss. Transact. of the Path. Soc. London. 1868.
[8]) Wynkoop. An account of the post mortem appaer. of an app. vermif. etc. New-York. med. Rec. 1868.
[9]) Moers. Pylephlebitis in Folge von Verschwärung des Proc. vermif. D. Arch. f. kl. Medic. Bd. IV. 1868.
[10]) Boehm. Vereiterug des wurmform. Fortsatzes. Deutsche Klinik. № 29. 1869.
[11]) Luschka. Ueber die peritoniale Umhüllung des Blinddarms und über die Fosse ileo-coecalis. Virchow's Arch. Bd. 21. 1861.
[12]) Aufrecht. Entzünd. des Proc. vermiformis, Perityphlitis, Phlebitis und Trombose der Vena mesent. magna. Berl. Klin. Wochenschr. 1869.
[13]) Шахтингеръ. О воспаленіи слѣпой кишки, червеобразнаго ея отростка и окружающей клѣтчатки. Дисс. С Петербургъ. 1861 г.

натра съ остатками растительной и животной пищи. Какъ видно, физическія и химическія свойства этихъ камней тѣ же, что и описываемыхъ ниже камней червеобразнаго отростка. — Объ образованіи такого рода камней въ слѣпой кишкѣ особенно много писалъ Albers. [1])

Клиническое теченіе при dilatatio coeci stercoralis медленное, иногда продолжающееся многіе годы. Растяженіе слѣпой кишки въ нѣкоторыхъ случаяхъ достигаетъ величины желудка. Скопленіе кала ведетъ къ раздраженію и воспаленію стѣнки слѣпой кишки: *typhlitis acuta et chronica*.

Воспаленіе стѣнки можетъ перейти въ изъявленіе и даже прободеніе.

Если прободеніе происходитъ на передней стѣнкѣ, то развивается или общій перитонитъ, *peritonitis lethalis*, или мѣстный, *peritonitis circumscripta*, когда прободенію предшествовало образованіе склеекъ; если же прободеніе происходитъ въ задней стѣнкѣ, то развивается воспаленіе окружающей клѣтчатки (*perityphlitis*).

Воспаленіе червеобразнаго отростка (*Inflammatio processus vermiformis*). *Шахтингеръ* различаетъ 3 видовъ:

1. *Тифозный* процессъ—при *ileo-typhus*.
2. *Туберкулезный* процессъ—при туберкулезѣ легкихъ и кишечнаго канала и
3. *Катарральный* процессъ особеннаго рода, съ гангренознымъ разрушеніемъ оболочекъ, происходящій отъ застрявшихъ въ отросткѣ инородныхъ тѣлъ и каловыхъ конкрементовъ.

«Третій родъ прободенія червеобразнаго отростка встрѣчается рѣже, исходъ его большею частью смертельный, *узнается рѣдко при жизни*».

Отсюда мы видимъ, что заболѣванія червеобразнаго отростка признавались рѣдко, большею частью только въ тѣхъ случаяхъ, когда на секціонномъ столѣ обнаруживался уличающій corpus delicti—разрушенный червеобразный отростокъ. Чаще же при жизни опредѣлялось «*воспаленіе клѣтчатки, окружающей слѣпую кишку*» (Perityphlitis), хотя толкованіе находимымъ явленіямъ въ сущности все еще оставалось темнымъ и спутаннымъ: такъ различали *perityphlitis idiopatica s. primaria* и *perityphlitis secundaria s. consecutiva*.

Perityphtitis idiopatica принимали въ случаяхъ воспаленія

[1]) Albers. De typhlolithiasi, Arch. für. physiol. Heilkunde H. 4. 1851.

вслѣдствіе механическихъ вліяній, сильныхъ ушибовъ, продолжительнаго давленія, простуды и т. д.

Perityphlitis secundaria—въ случаяхъ воспаленія, развивавшагося чаще всего ex typhlitide, вслѣдствіе прободенія слѣпой кишки или *червеобразнаго отростка*, а также при общихъ болѣзненныхъ состояніяхъ: острыхъ ревматическихъ, катарральныхъ и рожистыхъ процессахъ, родильной горячкѣ, золотухѣ, подагрѣ, геморроѣ и т. п.

Если въ количественномъ отношеніи теорія заболѣваній червеобразнаго отростка еще не находила должнаго широкаго распространенія, то въ качественномъ отношеніи она и тогда уже подвергалась многосторонней обработкѣ и нѣкоторыя изъ выработанныхъ въ то время положеній не утратили своего значенія и до сихъ поръ. Такъ изыскивая причины воспаленія, изъязвленія и прободенія червеобразнаго отростка, еще въ то время (въ 50—60-хъ годахъ), почти установили фактъ, что на ряду съ травматическимъ поврежденіемъ застрявшими въ отросткѣ инородными тѣлами и каловыми конкрементами могутъ производить воспаленіе червеобразнаго отростка и другія причины. Lebert [1]) старался даже доказать, что механическимъ причинамъ придаютъ преувеличенное значеніе въ возникновеніи прободеній, и что воспалительные и язвенные процессы въ червеобразномъ отросткѣ могутъ возникать и помимо присутствія инородныхъ тѣлъ или каловыхъ конкрементовъ. Мнѣніе это впослѣдствіи вполнѣ подтвердилось. Bossard [2]) считалъ даже образованіе конкрементовъ за *вторичное* явленіе, вслѣдствіе катарральнаго состоянія слизистой червеобразнаго отростка,—мнѣніе, такъ горячо отстаиваемое въ новѣйшее время Sonnenburg'омъ и др. Затѣмъ тогда еще было установлено, что образованію конкрементовъ способствуетъ также ненормальное положеніе червеобразнаго отростка, перегибы, стриктуры, зарощеніе просвѣта, фиксація отростка склейками и т. д.

Впрочемъ, и въ то время были уже представители мнѣнія о крайней распространенности заболѣваній червеобразнаго отростка. Такъ Toft [3]) указываетъ, что имъ при изслѣдованіи 300 труповъ лицъ, умершихъ отъ другихъ болѣзней, найдено, что *каждое*

[1]) Lebert. Handbuch der praktischen Medicin. Bd. 2. Zürich. 1859.
[2]) Bossard. Ueber die Verschwärung und Durchbohrung des Wurmfortsatzes Inaug. Diss. Zürich. 1869.
[3]) Toft. Om Ulceration og Perforation af Proc. Vermif. Afhandling for Doctor grader. Kjobenhavn. 1868.

63812
БІБЛІОТЕКА Харківського Медичного Інституту № 5061 Шифр

третье лицо въ возрастѣ отъ 20 до 70 лѣтъ имѣло червеобразный отростокъ или пораженнымъ, или со слѣдами бывшаго воспаленія.

Въ слѣдующее десятилѣтіе (70-е года) вопросъ о этіологической роли червеобразнаго отростка оставался почти въ томъ же положеніи, что и въ предшествовавшее. Работы, появившіяся за этотъ періодъ, не отличались ничѣмъ выдающимся. Въ этихъ работахъ Fergus'а [1]), Peacock'а [2]), Beach'а [3]), Biggs'а [4]), Birch-Hirschfeld'а [5]), Owens'а [6]), Pierson'а [7]), Schützenberger'а [8]), Hergott'а [9]), Maschka [10]), Luschka [11]), Bauer'а [12]), Briddon'а [13]). de-Morgan'а [14]), Reignier [15]), Riedel'а [16]), Chenet [17]), Gruber'а [18]), Legraine'а [19]), Weir'а [20]).

[1]) Fergus W. Perforation of the vermif. app. from concretions.—Trans. Path. soc. London. XXI. 1870.

[2]) Peacock. Perforation of app. vermif.– ibid XXI. 1870.

[3]) Beach H. H. A foreign body in the apendix vermif.; peritonitis; autopsy. N. J. Med. Journ XIV. 1871.

[4]) Biggs H. M. Impaction of a foreign body in the vermif. app.—Med. Rec. XXXIII. 1871.

[5]) Birch-Hirschfeld. F. V. Echinococcus des Proc. vermiformis.–Arch. d. Heilk. XII. 1871.

[6]) Owens I. E. Foreign body in the appendix caeci, with inflammation, perforation and death.—Chicago med. journ. XXVIII. 1871.

[7]) Pierson. Ulceration of the appendix; portal phlebitis and multiple abscess of the liver.—Trans. Med. Soc. New-Jrsey. CXV. 1871.

[8]) Schützenberger. Ulcération de l'appendice; péritonite; mort.—Gaz. méd. de Strassbg. XXXII. 1872—73.

[9]) Hergott A. Uicération de l'appendice iléocaecal; mort.– Mém de la soc. de méd. de Strassburg. IX. 1872.

[10]) Maschka. Bauchfellentz. in Folge Per. des Proc. Vermif.—Wien med. Wochenschr. XXIII. 1873.

[11]) Luschka. Die Lage der Bauchorgane. 1873.

[12]) Lauer J. Die Entzündung in der Fossa iliaca. Typhlitis und Perityphlitis.—Ziemssens Handb. VIII. 2. 1875.

[13]) Briddon. Ulceration of vermif. app. from foreign body.—N.-Y. med. Journ. XXI. 1875.

— Perforation of app. vermif. -ibid. XXV. 1875

— Perforation of app. vermif. (33 cases).—Trans. New-York path. Soc. II. 19. 1877.

[14]) de-Morgan C. Hernia of the app. vermif.—Trans. path. Soc London XXV. 1874.

[15]) Reignier. Perfor. de l'appendice; péritonite consécutive. Bull. soc. anat, de Paris II. 1875.

[16]) Riedel G. Ein Fall von Pylephlebitis in Folge von Perf. des Proc vermit. Inaug. Diss. Berlin. 1873.

[17]) Chenet. R.—Perforation de l'appendice iléocaecal; péritonite généralisée. Méd. Bull. 50. 1875.

[18]) Gruber W. Ein Fall cystischer Erweiterung des Proc. vermif.—Virchow's Arch. LXIII. 1875.

[19]) Legraine.—Contribution à l'étude des maladies de l'appendice iléocaecal. Thèse de Paris. 1875.

[20]) Weir. Perforation of appendix vermif.—Med. Rec. IX. 1874.

Hartmann'а [1]), Fenwick'а [2]), Audouard'а [3]), Noyes [4]) Collius'а [5]), Bierhoff'а [6]), Balzer'а [7]), Ashby [8]), Curtin'а [9]), Мокрицкаго [10]) и др.—сообщались большею частью казуистическіе случаи ущемленія инородныхъ тѣлъ въ червеобразномъ отросткѣ, изъязвленія и прободенія его съ послѣдовательнымъ общимъ перитонитомъ; осложненія піэміей, абсцессами печени и т. п.

Только въ 80-хъ годахъ ученіе «о заболѣваніяхъ червеобразнаго отростка» дѣлаетъ быстрые прогрессивные шаги, становится болѣе и болѣе популярнымъ, и къ началу 90-хъ годовъ одерживаетъ почти полную побѣду надъ прежней теоріей «заболѣваній слѣпой кишки».—Такому быстрому развитію этого ученія способствовали, какъ накопившіеся данныя за предшествовавшее время, такъ главнымъ образомъ широкое оперативное вмѣшательство въ леченіи названнаго страданія, давшее обильный матеріалъ патолого-анатомическихъ измѣненій червеобразнаго огростка, начиная отъ раннихъ ихъ ступеней, съ сопутствующими ихъ измѣненіями окружающихъ частей.

Статистическія данныя къ этому времени обнимаютъ уже довольно крупныя цифры такъ, Matterstock [11]) собралъ изъ литературы 196 случаевъ вскрытій у взрослыхъ и дѣтей, умершихъ отъ перитифлита, изъ нихъ въ 169 случаяхъ онъ нашелъ отмѣченымъ прободеніе червеобразнаго отростка.

[1]) Hartmann A.—Untersuchungen an der Leiche über die Perforation des Wurmfortsatzes.—Berl. Klin. Wochenschr. 1876.

[2]) Fenwick. Case of peritonitis; calc. concretion found in app. vermif. with perforation.—Canada med. and surg. Journ. IV. 1876.

[3]) Andouard. Perforation de l'app. caecal; abscès périnéphritique droit etc. Progrès méd. IV. 1876.

[4]) Noyes R. F. The caecum and appendix vermifor.—Boston med. and surg. journ. XCIX. 1878.

[5]) Collius W. M. A. case of calculus of the caecal appendix with remarks. Lancet. 1879.

[6]) Bierhoff. Ueber die Krankheiten des Wurmfortsatzes—Inaug. Diss. Lüdenheid. 1878.

[7]) Balzer. Observations et recherches pour servir à l'histoire des inflammations du caecum chez l'enfant.—Gaz. méd. de Paris. 1879.

[8]) Ashby H.—A case of pyaemic abscess of the liver, secondary to an ulcer of the caecal appendix, resulting from impaction a pin.– Lancet. II. 1879.

[9]) Curtin R. G.– Perforated appendix vermif. caeci caused by faecal concretion. Trans. path. Soc. Philad. VIII. 1878.

[10]) Мокрицкій Ф. Случай засоренія кишокъ, смѣшанныхъ съ известью, червеобразнаго отростка слѣпой кишки; послѣдовательное воспаленіе и прободеніе его; воспаленіе брюшины и смерть.—Военно-медиц. журналъ Т. 123, стр. 376, 1875.

[11]) Matterstock. G. K.—Perityphlitis.—Gerhardt's Handbuch der Kinderkrankheiten. Bd. IV. Tübingen 1880.

Fenwick [1]) въ 129 случаяхъ смерти отъ перитифлита нашелъ на вскрытіи 113 разъ прободеніе червеобразнаго отростка.

Renvers [2]) на 586 вскрытій нашелъ 497 разъ прободеніе червеобразнаго отростка и на 218 вскрытій только 13 разъ прободеніе слѣпой кишки.

Einhorn [3]), просмотрѣвшій 18,000 протоколовъ вскрытій, произведенныхъ въ Мюнхенскомъ патолого-анатомическомъ институтѣ за время съ 1854 года, нашелъ, что въ 91% при перитифлитѣ имѣлось пораженіе червеобразнаго отростка и только въ 9% пораженіе слѣпой кишки.

Всѣ эти данныя безповоротно закрѣпили за заболѣваніями червеобразнаго отростка *переспствующую* роль въ этіологіи воспаленій правой подвздошной ямки, а ими, въ особенности американскими врачами, прежде другихъ и больше другихъ производившими операціи и на нихъ изучившими ранніе измѣненія червеобразнаго отростка, признана за ними даже исключительная роль.— Комиссія американскихъ врачей, избранная въ 1890 году для изученія вопроса о перитифлитѣ, по предложенію Fitz'a ввела названіе «*appendicitis*», какъ въ точности обозначающее сущность заболѣванія. Названіе это въ первое время быстро распространилось и было общепринято, но за послѣднее время его опять стали оставлять, какъ не выражающее всего характера болѣзни, а только ея исходную точку, и стали возвращаться къ старому термину «Perityphlitis», какъ дающему болѣе точное представленіе о воспалительныхъ процессахъ, имѣющихъ характерную клиническую картину *трактуемой болѣзни* только съ переходомъ ихъ на область брюшины вблизи слѣпой кишки; при ограниченіи же воспаленія однимъ только червеобразнымъ отросткомъ воспроизводятся лишь отдѣльные штрихи типичной картины.

Помимо цифровыхъ данныхъ, подобныхъ вышеприведеннымъ, основныя положенія прежней теоріи *Stercoraltyphlitis* опровергаются нижеслѣдующими фактами и соображеніями:

Скопленіе каловыхъ массъ по преимуществу въ слѣпой кишкѣ не доказано фактически, и, если благодаря благополучному исходу громаднаго большинства случаевъ Stercoraltyphlitis нѣтъ возможности опровергнуть существованія «каловой пробки» («Kothpfropf») на секціонномъ столѣ, то ранніе операціи перитифлитовъ, произведенныя въ первые дни заболѣванія, когда именно имѣется, будто бы, налицо переполненная каловыми массами слѣпая кишка, не подтвердили этого: во всѣхъ случаяхъ такихъ раннихъ операцій находили здоровую слѣпую кишку и, наоборотъ, больной червеобразный отростокъ.

Далѣе, скопленія кала въ кишечникѣ, находимыя при вскрытіи умершихъ отъ другихъ болѣзней, не обнаруживаютъ излюбленнаго мѣста въ слѣпой кишкѣ; наоборотъ, постоянно изливающійся жидкій калъ изъ тонкихъ кишекъ въ слѣпую разжижаетъ и передвигаетъ начинающійся уплотняться калъ дальше. Болѣе же часто скопленія кала констатируются въ Flex. sigmoidea; однако заболѣваніе стѣнокъ «Sigmoiditis», какъ напр. случай, описанный Mayor-омъ [1]), относится къ весьма рѣдкимъ явленіямъ при копростазахъ. Это обстоятельство было подмѣчено еще въ самый расцвѣтъ теоріи «Stercoraltyphlitis» и тогда еще отмѣчали (Платоновъ и др.), что «на болѣе частое развитіе подвздошныхъ нарывовъ съ правой стороны, сравнительно съ лѣвой, имѣетъ. неоспоримое вліяніе червеобразный отростокъ».—Подобныя замѣчанія, однако, дѣлались мимоходомъ, вскользь.

Наконецъ, надо было бы ожидать, что женщины и старые люди болѣе часто должны были бы страдать названною болѣзнью, но статистическія данныя, какъ мы увидимъ ниже, показываютъ обратное.

Что же касается клиническихъ основаній, приводимыхъ въ пользу существованія typhlitis stercoralis, то они также мало достой, какъ мы увидимъ ниже. часто предшествуютъ и еще чаще сопровождаютъ заболѣванія червеобразнаго отростка; но они являются большею частью *вторичными:* воспаленіе червеобразнаго отростка передается на окружающую брюшину и слѣпую кишку и вслѣдствіе воспалительнаго пареза кишечной стѣнки долженъ происходить застой кала. То, что вмѣстѣ съ первымъ стуломъ наступаетъ улучшеніе въ теченіи перитифлитовъ, ничего не доказываетъ, ибо опорожненіе кишечника можетъ быть и послѣдствіемъ и причиной улучшенія. Уменьшеніе опухоли послѣ перваго стула также понятно, такъ какъ помимо другихъ ея составныхъ частей способ-

1) Fenwick. Perforation of the appendix vermif.—The Lancet. Dec. 1884.
2) Renvers. Zur Pathologie und Therapie der Perityphlitis.—Deutsche med. Wochenschrift. № 5. 1891.
3) Einhorn. Ueber Perforationen des Proc. vermiformis und des Coecums. Münch. med. Wochenschrift. №№ 7 и 8. 1891 и Inaug-Diss. München—1891.

1) Mayor. Revue méd. de la Suisse Romande. p. 421. 1893.

ствуетъ увеличенію ея также и задержавшееся (вторично) кишечное содержимое; кромѣ того вмѣстѣ съ опорожненіемъ кишечника можетъ также опорожняться въ кишку гнойникъ.

Изъ новѣйшихъ авторовъ самостоятельное существованіе *typhlitis stercoralis* отстаиваютъ въ бо́льшемъ или меньшемъ размѣрѣ слѣдующіе:

Lennader[1]) приводитъ 4 случая перитифлита, гдѣ на операціи червеобразный отростокъ оказался здоровымъ; его случаи, однако, мало доказательны и включены въ группу перитифлитовъ по ошибочному діагнозу.

Severeanu[2]) извлекъ изъ слѣпой кишки 12-лѣтней дѣвочки, страдавшей 5 дней запоромъ и передъ тѣмъ 2 дня кашей вареными сливы съ косточками, сростокъ въ апельсинъ величиною, состоявшій изъ смѣси твердаго кала со сливными косточками.

Deutschmann[3]) же описалъ случай coecal'наго камня, поведшаго къ перицекальному, т. е. настоящему перитифлитическому абсцессу.

Отдѣльныя наблюденія первичнаго прободенія слѣпой кишки сообщаютъ также Mc Murtry[4]), Krönlein[5], Porter[6]), Manley[7]), Curschmann[8]), Бергманъ[9]) и др.

Какъ рѣдкое исключеніе самостоятельное существованіе typhitis stercoralis допускаютъ Sahli[10]), Nothnagel[11]).

Bazy[12]) считаетъ, что какъ существуетъ: une typhlite à bacille d'Eberth» или «à bacille de Koch», такъ же можетъ существовать «une typhlite à bacterium coli».

1) Lennader. Ueber Appendicitis und ihre Komplicationen vom chirurgischen Standpunct beurteilt.—Samml. klin. Vertr. Volkmanns № 75 1893.

2) Severeanu. Le progrès méd. 3 Juin. 1893.

3) Deutschmann. Ueber Cöcalsteine. Inaug-Diss. Freiburg. 1896.

4) Mc. Murtry. Typhitis with perforation; laparotomy; recovery. — New-York. Med. Rec. May 19. 1888.

5) Krönlein. Vereinigung der schweizer Aerzte. 1893.

6) Porter. Some moot points in treatment of appendicitis.—Med. News p. 209. 1895.

7) Manley. The symptoms and treatment of various types of appendicitis Med. and. surgic. Reports. № 22. 1895.

8) Curschmann. XIII. Congress f. innere Medicin. München. 1895.

9) Бергманъ. А. А. 9 случаевъ резекціи червеобразнаго отростка.—Хирургич. Вѣстн. Окт. ноябрь. 1894.

10) Sahli. Ueber das Wesen und die Behandlung der Perityphlitiden.—Correspondenzblatt für schweizer Aerzte. № 19. 1892.

— Ueber Pathologie und Therapie der Typhlitiden.—Verhandl. des XIII. Congresses für innere Medicin. München 1896.

11) Nothnagel. Die Erkrankungen des Darms und des Peritoneums. III. Theil. p. 646. Wien 1898.

12) Bazy. Bull. Acad. de méd. Séance du 9 déc. 1896.

Образцовъ[1]) же допускаетъ мѣстную локализацію въ слѣпой кишкѣ не только кишечной палочки, но и Pfeiffer'овской; такъ наблюдая въ теченіе эпидеміи гриппа нѣсколько случаевъ тифлита, онъ приходитъ къ тому заключенію, что они вызваны пораженіемъ связистой Pfeiffer'овскими палочками, причемъ воспаленіе, по его мнѣнію, не ограничивается одной слѣпой кишкой, а можетъ перейти на colon transversum и flex. sigmoidea, вызвавъ такимъ образомъ *Sigmoiditis*, которому Образцовъ даетъ описаніе клинической картины. Подобно ему недавно Zoja[2]) описалъ наблюдавшіеся имъ *сигмоидитъ* и *перисигмоидитъ* вслѣдъ за *инфлюэнціей*, что Zoja также ставитъ въ причинную связь.

Твердо стоитъ за прежнюю теорію Lucas-Championnière[3]): «истинная теорія аппендицита есть старая теорія кишечнаго завала, къ которому присоединяется микробная инфекція. Аппендицитъ же часто является послѣдствіемъ тифлита».

Pozzi[4]) также полагаетъ, что тифлитъ часто сопровождается аппендицитомъ, а такъ какъ червеобразный отростокъ есть locus resistentiae minoris, то въ то время, какъ слѣпая кишка скорѣе оправляется отъ воспаленія, въ червеобразномъ отросткѣ процессъ задерживается надолго.

Затѣмъ Pozzi указываетъ на то, что наблюдались случаи, гдѣ удаленіе червеобразнаго отростка не сопровождалось полнымъ выздоровленіемъ, значитъ, слѣпая кишка тоже была больна; далѣе, во время операціи находили одновременно изъязвленія въ слѣпой кишкѣ и въ червеобразномъ отросткѣ.

Felizet[5]) оперировалъ 2 дѣтей, у которыхъ въ правой подвздошной ямкѣ оказался гной, но червеобразный отростокъ былъ здоровъ, тогда какъ имѣлись характерныя измѣненія слѣпой кишки, именно «boudin stercorale».

Le Dentu[6]) приводитъ 3 случая прободенія слѣпой кишки; въ 1-мъ случаѣ имѣлась дизентерическая язва, во 2-мъ случаѣ ган-

1) Образцовъ В. Б.—Typhlitis catarrhalis acuta.—Южно-русская медицинская газета. № 9. 1896.

2) Zoja. Contributio clinica alla conoscenzea della sigmoidite e perisigmoidite. Clin. med' Ital. XVII. 1900.

3) Lucas-Championnière. Acad. de méd. Séance du 25 déc. 1896.
— Appendicite et typhlite. Journ. de méd. et de chir. 10 mars 1897.

4) Pozzi. De l'appendicite.—Acad. de méd. Séance du 16 déc. 1896.
— Presse méd. № 1 1898.

5) Felizet. Acad. de méd. Séance du 23 déc. 1896

6) Le Dentu. Traitement chirurgical de l'appendicite.—Acad. de méd. Séance du 27 mars. 1896.

гренозная и въ 3-мъ—гангрена червеобразнаго отростка и слѣпой кишки.

Tuffier [1]) указываетъ, что иногда явленія запора могутъ симулировать рецидивирующій перитифлитъ, такъ ему одинъ разъ пришлось оперировать ребенка по поводу рецидивирующаго перитифлита, но на операціи червеобразнаго отростка не нашли. Т. полагаетъ, что отростокъ, вѣроятно, гангренесцировался раньше.

Herz [2]) также признаетъ typhlitis stercoralis и приводитъ случай, гдѣ былъ поддіафрагмальный нарывъ, имѣвшій начало отъ язвы слѣпой кишки.

Doyen [3]), придавая большое значеніе лимфатическимъ сосудамъ, какъ путямъ распространенія инфекціи, принимаетъ развитіе retrocoecal'ныхъ и pericoecal'ныхъ воспалительныхъ процессовъ вслѣдствіе воспаленія лимфатическихъ выводящихъ сосудовъ *слѣпой кишки* и червеобразнаго отростка; также, по его мнѣнію, воспаленіе непосредственно переходитъ на брюшину при typhlitis ulcerosa, если язвенный процессъ проникаетъ до нея.

Herzog [4]) также не соглашается, что червеобразный отростокъ является исключительной причиной заболѣванія Para-Perityphlitis, такъ какъ ему приходилось наблюдать послѣдній безъ всякаго участія червеобразнаго отростка, а при проведеніи слѣпой кишки.

Rose [5]) также наблюдалъ подобный случай: больная съ явленіями перитифлита умерла отъ перитонита. На вскрытіи: червеобразный отростокъ не пораженъ, язва въ слѣпой кишкѣ, откуда перитонитъ, хотя проведенія не было.

Grohé [6]) описываетъ случай вскрытія (проф. Grawitz'емъ) одного паралитика, умершаго отъ бронхопневмоніи, гдѣ слѣпая кишка найдена набитой (vollgepfropft) твердыми каловыми массами. На передней стѣнкѣ имѣлось небольшое изъязвленіе слизистой, каковое можно было объяснить только давленіемъ твердыхъ каловыхъ массъ.

[1]) Tuffier. Acad. de méd. Séance du 9 déc. 1896.
[2]) Herz. Zur Behandlung der Typhlitiden. –Therapeutische Monatshefte № 6. 1896.
[3]) Doyen. Appendicite et pérityphlite: la lymphangoite péricoecale. La méd. moderne № 42. 1897.
[4]) Herzog. Die Perityphlitis, von chirurgischen und internen Standpuncte beurtheilt.—Deutsche Zeitschrift für Chir. № 46. 1897.
[5]) Приведено у Herzog'a.
[6]) Grohé. Pathologie und Therapie der Typhlitiden. Greifswald. 1896.

Meusser [1]) приводитъ 2 случая «reiner Typhlitis resp. Colitis und Pericolitis ascendens». 1-мй случай—типичный тифлитъ (Perityphlitis stercoralis): больной страдалъ запорами, смѣнявшимися поносами; въ правой подвздошной ямкѣ образовалась опухоль при высокой t°; операція: червеобразный отростокъ найденъ нормальнымъ, но отъ слѣпой кишки шли многочисленныя сращенія. Во 2-мъ случаѣ имѣлось проведеніе слѣпой кишки (этотъ случай, однако, неподходящій: здѣсь была правосторонняя ущемленная грыжа и было произведено taxis; хотя авторъ и считаетъ маловѣроятнымъ, чтобы проведеніе произошло отъ ущемленія, но для опроверженія этого не имѣется достаточныхъ данныхъ).

Подобный 1-му случаю Meusser'а описалъ одинъ случай Schlafke [2]): молодой человѣкъ заболѣлъ типичнымъ перитифлитомъ; оказалось же, что червеобразный отростокъ былъ совершенно здоровъ, а имѣлись многочисленныя склейки отъ слѣпой кишки.

Borchardt (Körte) [3]) держится того мнѣнія, что въ слѣпой кишкѣ, благодаря ея анатомическому устройству, дѣйствительно, могутъ происходить скопленія кала. Онъ, подобно Bazy, указываетъ на то обстоятельство, что какъ при тифѣ и туберкулезѣ преимущественно заболѣваетъ самая нижняя часть ilei и слѣпая кишка, такъ же могутъ встрѣчаться катарры, язвы и проведенія слѣпой кишки благодаря частымъ копростазамъ.—Склейки въ области слѣпой кишки при нормальномъ червеобразномъ отросткѣ, т. е. typhlitis adhaesiva, *B.* наблюдалъ въ одномъ случаѣ, гдѣ больной страдалъ запорами и коликами и гдѣ подозрѣвался аппендицитъ.

По мнѣнію *B.*, существуютъ *typhlitis catarrhalis, ulcerosa, perforativa и adhaesiva*, подобно соотвѣтствующимъ формамъ аппендицита.

Затѣмъ *B.* полагаетъ, что «слѣдуетъ признать также и въ настоящее время, что копростазы и тифлиты имѣютъ нѣкоторое значеніе для происхожденія *воспаленій червеобразнаго отростка*, ибо, во 1-хъ возникшій благодаря копростазу тифлитъ можетъ распространяться и на червеобразный отростокъ, во 2-хъ, при копростазахъ затрудняется оттокъ нормальнаго секрета червеобразнаго отростка въ слѣпую кишку и это ведетъ къ застою и распаденію секрета. Если копростазы въ большинствѣ случаевъ вторично при-

[1]) Meusser. Ueber Appendicitis und Typhlitis mit cachiertem und ungewöhnlichem Verlauf. Mit. aus d. Grenzg. d. Med. u. Chir. 2 Bd. 3 u 4 H. 1897.
[2]) Schlafke. Beitrag zur Kasuistik der Perityphlitis.—Münch. med. Wochenschrift №№ 32 и 33. 1895.
[3]) Borchardt. Die Behandlung der Appendicitis.—Mitteil. aus der Grenzgebiete der Med. u. Chir. 1898.

соединяются къ аппендицитамъ, то можетъ быть и наоборотъ аппендицитъ быть слѣдствіемъ копростаза».

Riedel [1]) при 120 случаяхъ аппендицита въ 1 случаѣ видѣлъ тифлитъ.

Hearn [2]) описалъ случай гнойника вокругъ слѣпой кишки отъ гангренозной язвы въ ней при нормальномъ червеобразномъ отросткѣ.

Barling [3]) опубликовалъ случай, гдѣ у 17-лѣтняго юноши послѣ 6 припадковъ былъ діагностированъ рецидивирующій аппендицитъ и произведена была операція, на которой обнаружилось, однако, что червеобразный отростокъ былъ совершенно здоровъ, но слѣпая кишка и восходящая—въ наружной половинѣ уплотнена и инфильтрована, а у задней поверхности имѣлись склейки.

Вельяминовъ [4]) высказывается также за существованіе *typhlitis stercoralis* въ нѣкоторыхъ случаяхъ. Такъ въ одномъ оперированномъ имъ случаѣ онъ не нашелъ никакихъ измѣненій червеобразнаго отростка, а во 2-мъ случаѣ имѣлось значительное пропитываніе и сращеніе слѣпой кишки и подъ ней почти неизмѣненный червеобразный отростокъ.

Также Боровскій [5]) полагаетъ, что есть несомнѣнные случаи пораженія слѣпой кишки, вызывающіе нагноеніе въ окружающей клѣтчаткѣ.

Lop [7]) приводитъ случай, гдѣ не смотря на 2 раза произведенную операцію больной умеръ отъ *гангрены слѣпой кишки* вслѣдствіе скопленія въ ней кала при совершенно здоровомъ червеобразномъ отросткѣ.

Dauber [7]) описываетъ случай, гдѣ *первичный тифлитъ* давалъ припадки, сходные съ рецидивирующимъ аппендицитомъ.

Quénu et Cavasse [8]) подъ именемъ para-appendicite понимаютъ мѣстный перитонитъ въ сосѣдствѣ червеобразнаго отростка безъ участія послѣдняго, въ отличіе отъ peri-appendicite—съ исходной точкой изъ червеобразнаго отростка.

Benedict [4]) также различаетъ аппендицитъ и тифлитъ.

Munter [2]) хотя и относится къ энергичнымъ приверженцамъ ранняго хирургическаго вмѣшательства, признаетъ однако typhlitis stercoralis за частую болѣзнь.

Всѣ эти многочисленныя наблюденія заболѣваній слѣпой кишки тонутъ, однако, въ безпорядочномъ морѣ неисчислимыхъ наблюденій заболѣваній червеобразнаго отростка, и вышеприведенные факты доказываютъ только, что въ сравнительно рѣдкихъ случаяхъ воспаленіе слѣпой кишки можетъ встрѣтиться какъ самостоятельное заболѣваніе и иногда (въ весьма рѣдкихъ случаяхъ) оно можетъ протекать подъ типичной картиной воспаленія червеобразнаго отростка.

1) Riedel. Ueber Frühoperation bei Appendicitis.—70. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte. 19—24 Sept. 1898.

2) Hearn. W. J. Pericaecal abscess without Appendicitis.—Annals of Surgery. June 1898.

3) Barling. Typhlitis and Colitis, wrongly diagnosed as inflammation of the Vermiform appendix.—Brit. med. Jour. March. 25. 1899.

4) Вельяминовъ. Н. А. О хирургическомъ лечении затяжного воспаленія червеобразнаго отростка. С.-Петерб. Медико-Хирург. Общество. Зас. 2 марта 1900.

5) Боровскій И. Къ этіологіи и лечению appendicitis. Военно-Медиц. Журналъ № 4. 1897.—О лѣченіи аппендицита. Хирургія т. 10. 1901.

6) Lop. Revue de méd. T. VIII. 1897.

7) Dauber (New-York). Ueber primäre Typhlitis als Ursache recidivirender Appendicitisattacken.—Mitt. aus d. Grenzg. d. Med. u. Chir. IV Bd. 1899.

8) Quénu et Cavasse. Des para-appendicites.—Bull. de chir. p. 82. 1900.

Benedict. A medical view of the treatment of the caecum and appendix. Med. News. № 2. 1900.

2) Munter. Appendicitis and its surgical treatment. 3 ed. Philadelphia 1900.

3) Alb. Kölliker. Grundriss der Entwickelungsgeschichte des Menschen und der höheren Thiere. Leipzig. 1880.

4) F. Treves. Anat. of the intestinal canal and peritoneum in man.- Brit. med. Journ. Febr. March. 1885.

5) Tarenetzky. Entwickelung und Lageverhältnisse des Blinddarms und Wurmfortsatzes beim Menschen in der intrauterinen Periode.—Mém. de l'Acad. des Sciences de St. Petersburg. Bd. XXVIII. № 7. 1880.

Глава. II.

Эмбріологія слѣпой кишки и червеобразнаго отростка.

Начало развитія *слѣпой кишки и червеобразнаго отростка* относится къ 5-ой—6-ой недѣлѣ зародышевой жизни; къ этому времени кишечный каналъ образуетъ одну петлю, состоящую изъ верхушки и двухъ ножекъ: передней и задней (Kölliker [3]) Treves [4]).

Таренецкій [5]) изображаетъ эту *первичную петлю* лежащей въ горизонтальной плоскости съ правой и лѣвой ножками, но такое положеніе есть уже начало поворота, который совершаетъ кишечникъ въ своемъ дальнѣйшемъ развитіи.

Отъ верхушки петли отходитъ *желточный каналъ* (ductus vitello-intestinalis s. omphalo-mesentericus), сообщающійся съ желточнымъ пузыремъ и впослѣдствіи заростающій; отъ задней поверхности кишечника идетъ довольно длинная *брыжжейка*, прикрѣпляющаяся въ вертикальномъ направленіи къ позвоночнику. Часть петли съ ея верхушкой лежитъ въ пуповинѣ, которую она оставляетъ только въ началѣ 3-го мѣсяца.

Къ 6-ой недѣлѣ названная первичная кишечная петля начинаетъ дифференцироваться на двѣ части: будущую *тонкую* и *толстую кишку*. Начало этому раздѣленію кладетъ появленіе на задней ножкѣ петли, недалеко отъ мѣста отхожденія желточнаго протока, *утолщенія съ коническимъ выпячиваніемъ*; изъ части кишечной петли, лежащей выше выпячиванія, образуются *тонкія* кишки, изъ нижней же задней ножки—*толстыя*; утолщеніе же съ коническимъ выпячиваніемъ есть начало образованія *слѣпой кишки и червеобразнаго отростка*.

Вскорѣ послѣ этого первичная кишечная петля начинаетъ совершать *поворотъ* вокругъ своей продольной оси слѣва направо т. е. ея задняя ножка переходитъ налѣво и затѣмъ вверхъ вправо. Въ это время на передней ножкѣ (тонкой кишкѣ) появляются извилины, составляющія на 8-ой недѣлѣ уже небольшой кругловатый клубокъ изъ 5—6 извилинъ, лежащихъ въ пуповинѣ.

Поворотъ кишечной петли влечетъ за собою весьма важныя перемѣны для червеобразнаго отростка: вслѣдствіе неравномѣрнаго напряженія брыжжейки, перекручивающейся вмѣстѣ съ кишечной петлей, червеобразный отростокъ, кромѣ измѣненнаго положенія вмѣстѣ съ кишечной петлей, претерпѣваетъ измѣненіе своего положенія и по отношенію къ послѣдней: именно онъ параллельнаго съ тонкой кишкой положенія, съ верхушкой, обращенной впередъ, онъ переходитъ въ поперечное, съ верхушкой, обращенной къ толстой кишкѣ. Послѣдствіемъ этого измѣненія является остановка развитія сосудовъ, идущихъ къ нему по нижней (или лѣвой) пластинкѣ брыжжейки и исключеніе его изъ общаго кишечнаго канала, что обусловливаетъ *замедленіе въ дальнѣйшемъ ростѣ червеобразнаго отростка* (Таренецкій.)

Нижеописываемый нами случай лѣвосторонняго положенія толстаго кишечника (стр. 46) и подобный же случай Treitz'a, Грубера и др. не подтверждаютъ, однако, этого объясненія. Такъ въ этихъ случаяхъ—поворота кишечной петли не произошло, а стало быть, не было причинъ къ остановкѣ развитія сосудовъ брыжжейки

червеобразнаго отростка, послѣдній же всетаки остался, какъ и въ обыкновенныхъ случаяхъ, на рудиментарной ступени развитія.

Въ углу между червеобразнымъ отросткомъ и тонкой кишкою находится треугольная пластинка (lig. ileo-coecale), состоящая изъ двухъ листковъ брюшины, а подъ нею образуется во время поворота кишечной петли изъ лѣвой (передне-верхней по Таренецкому) пластинки общей брыжжейки новая складка, идущая къ червеобразному отростку и несущая къ нему сосуды, образуя его *брыжжейку* (*mesenteriolum*).

На 3-мъ мѣсяцѣ утробной жизни весь кишечникъ лежитъ уже въ брюшной полости съ значительно развитыми петлями тонкихъ кишекъ и съ значительно увеличившейся толстой кишкою, окружающею слѣва и сверху петли тонкихъ кишекъ. На толстой кишкѣ уже можно къ этому времени различить хорошо выраженное *colon descendens*, короткое *colon transversum*, лежащее подъ желудкомъ, покрытое здѣсь большимъ сальникомъ и едва достигающее срединной линіи, и небольшое *colon ascendens со слѣпой кишкой*, лежащей совершенно по срединной линіи.

Въ теченіе 4-го и 5-го мѣсяца colon ascendens уменьшается, такъ какъ часть его идетъ на удлиненіе colon. transversi (Kölliker).

Съ дальнѣйшимъ ростомъ толстой кишки происходитъ *перемѣщеніе слѣпой кишки съ червеобразнымъ отросткомъ изъ праваго hypochondrium по направленію къ правой подвздошной ямкѣ*. Во время этого передвиженія появляются различные факторы, обусловливающіе впослѣдствіи всѣ топографо-анатомическія особенности и варіаціи слѣпой кишки и червеобразнаго отростка.

Такъ во 2-ой половинѣ 4-го мѣсяца при прохожденіи начала толстой кишки мимо передней поверхности правой почки и нисходящей части 12-перстной кишки появляются склейки между началомъ толстой кишки и соотвѣтствующей частью общей брыжжейки съ одной стороны и только что названными органами съ другой. Эти склейки при дальнѣйшемъ опусканіи слѣпой кишки стягиваютъ за собою брюшину съ передней поверхности почки и съ боковой стѣнки живота. Смотря по времени образованія склеекъ и по ихъ размѣрамъ получается различной степени подвижность слѣпой кишки, червеобразнаго отростка, различное протяженіе слѣпой кишки, покрытое брюшиной и т. п. Проф. Турнеръ [1]) въ

[1]) Турнеръ, Генр. Къ анатоміи слѣпой кишки и червеобразнаго отростка въ отношеніи къ патологіи перитонита. Дисс. С.-Петербургъ. 1892 г.

нѣкоторыхъ случаяхъ находилъ приклеенными не только colon asc. но и coecum, а въ одномъ случаѣ имъ найдена даже основная часть pr. vermicularis прикрѣпленной къ передней поверхности почки, въ другихъ же случаяхъ, болѣе частыхъ, не только coecum, но и colon ascend. и большая часть брыжейки изобили этихъ сращеній.

На 7-мъ мѣсяцѣ утробнаго періода слѣпая кишка лежитъ уже ниже почки. Къ этому времени появляются уже haustra et ligamenta (taeniae) coli.

На 8-мъ мѣсяцѣ слѣпая кишка находится надъ гребешкомъ правой подвздошной кости, а къ концу беременности она достигаетъ своей предѣльной цѣли — правой подвздошной ямки.

Глава III.

Сравнительная анатомія слѣпой кишки и червеобразнаго отростка.

Червеобразный отростокъ составляетъ отличительную особенность человѣческаго кишечника. Въ животномъ царствѣ, исключая антропоморфныхъ обезьянъ, онъ совершенно отсутствуетъ.

У *низшихъ* животныхъ—*рыбъ, земноводныхъ* и *амфибій* нѣтъ никакой разницы между толстыми и тонкими кишками, у *гадъ* же можно видѣть слѣпую кишку и *valvula ileo-coecalis*. У *птицъ* имѣется двойная слѣпая кишка, отличающаяся своей необыкновенной длиной, иногда превосходящей длину главнаго кишечника. У *млекопитающихъ* развитіе слѣпой кишки стоитъ въ зависимости отъ рода пищи: такъ у *плотоядныхъ* она очень мала и проста или же совершенно отсутствуетъ, у *травоядныхъ* она хорошо развита, у нѣкоторыхъ даже превосходитъ длину тѣла; значительнаго развитія она достигаетъ также у нѣкоторыхъ *грызуновъ* [1]).

При изслѣдованіи *высшихъ* животныхъ мы замѣчаемъ слѣдующіе интересные факты: исключая тѣхъ многочисленныхъ млекопитающихъ, у которыхъ вслѣдствіе недостаточной слѣпой кишки нѣтъ рѣзкаго перехода тонкихъ кишекъ въ толстыя, всѣ остальныя представляютъ, если разсматривать уже вполнѣ сформировавшуюся слѣпую кишку, доказательство, во-первыхъ, тому, что слѣпая кишка животныхъ совершенно тождественна съ червеобразнымъ отросткомъ человѣка и, во-вторыхъ, что процессъ ея развитія и перехода изъ пупочнаго пузыря въ полость живота совершенно такой же, какъ и въ человѣческихъ зародышахъ. Замѣчательно при этомъ, что постоянное мѣсто слѣпой кишки и вообще вся постановка кишечника у различныхъ, уже окончившихъ свое развитіе, взрослыхъ животныхъ соотвѣтствуетъ въ восходящемъ порядкѣ видовымъ извѣстнымъ періодамъ положенія кишечника человѣческихъ зародышей. Между тѣмъ какъ, напр., у тюленя очень короткая толстая кишка съ малоразвитой слѣпой помѣщается въ отвѣсномъ направленіи, исключительно въ нижней части полости живота, у хищныхъ та же часть кишечника уже обхватываетъ тонкія кишки сверху и слѣва. У обезьянъ толстая кишка совершаетъ почти полный обхватъ тонкихъ кишекъ, и слѣпая кишка помѣщается въ правой подвздошной ямкѣ. Наконецъ, у антропоморфныхъ обезьянъ мы наблюдаемъ высшую степень развитія и постановки кишечника, выражающуюся тѣмъ, что кишечникъ не только переходитъ всѣ фазы развитія, свойственныя человѣческому зародышу, и располагается какъ у человѣка, но дѣло доходитъ даже до образованія настоящаго червеобразнаго отростка, котораго не достаетъ всѣмъ остальнымъ животнымъ. Единственная разница въ положеніи слѣпой кишки и червеобразнаго отростка у высшихъ обезьянъ отъ человѣка заключается въ томъ, что у обезьянъ слѣпая кишка, сравнительно короткая, образуетъ точь въ точь, какъ у новорожденныхъ дѣтей, только воронкообразное начало proc. vermicularis, а послѣдній своимъ началомъ поднимается вверхъ и только конецъ его виситъ свободно внизъ. (Таренецкій [1]).

Berry [2]) на основаніи гистологическихъ изслѣдованій у различныхъ животныхъ считаетъ червеобразный отростокъ не за рудиментарный органъ, а за хорошо развитый аппаратъ, принадлежащій лимфатической системѣ.

[1]) Wiedersheim. Lehrbuch des vergl. Anat. der Wirbelthiere. 1888.
Gegenbauer. Bemerkungen über den Vorderdarm niederer Wirbelthiere.—Morph. Jahrb. Bd. IV, 1878.
Gadow. Versuch einer vergl. Anatomie des Verdauungssystems der Vögel. — Jenaische Zeitschr. Bd. XIII, N. F. VI.
Krukenberg. Versuche zur vergl. Physiologie der Verdauung etc. Untersuchungen aus dem physiol. Institut der Universität Heidelberg. Bd. I.

[1]) Проф. А. П. Таренецкій. Къ значенію слѣпой кишки и червеобразнаго отростка въ практическомъ и антропологическомъ отношеніяхъ. «Врачъ», 1883, № 23.
[2]) Berry R. I. A. The true caecal apex on the vermiform appendix, its minut and comparative anatomy.—Journ. of. Anatomy v. XXXV, 1899.

Глава IV.

Анатомія слѣпой кишки и червеобразнаго отростка.

Подъ *слѣпой кишкой* анатомически понимается слѣпой конецъ толстой кишки, лежащій подъ уровнемъ подвздошно-слѣпой складки *(valv. Bauchinii)*.

Величина слѣпой кишки неодинакова не только у различныхъ индивидуумовъ, но даже у одного и того же индивидуума, смотря по степени ея наполненія твердымъ, жидкимъ или газообразнымъ содержимымъ. Благодаря такъй измѣнчивости объема, а также не вполнѣ точно опредѣляемой верхней границѣ слѣпой кишки, среднія размѣры послѣдней различными авторами, производившими ея измѣренія, даются различно; разницы въ размѣрахъ бываютъ при этомъ иногда значительныя. Такъ, Fowler *поперечникъ* слѣпой кишки принимаетъ за 8,0 снтм. и *глубину* за 7,0 снтм., тогда какъ Таренецкій глубину опредѣляетъ въ 4,5 снтм., Турнеръ въ 4,5—3,5 снтм., Treves и Tuffier[1]) въ 11,0 снтм., Henle отъ 2,7 снтм. до 10 снтм., а Luschka 1—5 *дюймовъ*.

Эти уже цифры показываютъ, что колебанія въ размѣрахъ слѣпой кишки должны часто наблюдаться въ ту и другую сторону отъ средней величины.

Curschmann[2]) различаетъ *прирожденное* и впослѣдствіи *пріобрѣтенное* (встрѣчающееся рѣже) *удлиненіе* и *увеличеніе* слѣпой кишки, и между ними *абсолютное* и *кажущееся*: подъ абсолютнымъ удлиненіемъ подразумѣвается дѣйствительное удлиненіе слѣпого мѣшка, считая отъ мѣста впаденія подвздошной кишки; подъ ложнымъ, кажущимся,—когда начальная часть colon вмѣстѣ со слѣпой кишкой, имѣющей, однако, нормальные размѣры, вслѣдствіе образованія mesocolon весьма подвижна и тѣмъ симулируетъ какъ бы удлиненную слѣпую кишку.

У болѣе старыхъ авторовъ упоминается о полномъ *отсутствіи*

[1]) Tuffier. Études sur le caecum et les hernies.—Arch. gén. de méd. 1887.
[2]) Curschmann. II.—Die Anomalien der Lage, Form und Grösse des Dickdarms und ihre klinische Bedeutung. — Topogr. klinische Studien.—Deut. Arch. f. Klin. Medicin. 53. Bd. 1894.

слѣпой кишки. Такъ Loesecke[1]) сообщаетъ объ одномъ случаѣ отсутствія у одного новорожденнаго слѣпой кишки, съ мало развитымъ червеобразнымъ отросткомъ на мѣстѣ ея; о такомъ же отсутствіи слѣпой кишки и valvulae Bauchinii сообщаетъ Fürstenau[2]); Bezin[3]) у одного старика нашелъ едва развитую слѣпую кишку.

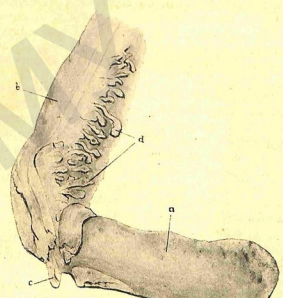


Рис. 1.
a—конецъ intestini ilei, *b*—восходящая толстая кишка, *c*—червеобразный отростокъ *p*—appendices epiploicae.

Thomas[4]) описалъ отсутствіе слѣпой кишки, большей части толстой и тонкой кишки у преждевременно родившейся и умершей на 4-ой день дѣвочки. На вскрытіи обнаружено: Желудокъ нормальнаго объема, 12-перстная кишка была вздута и наполняла

[1]) Loesecke. Obs. chir. anat. Berlin. 1754., Цит. по Grohé.
[2]) Fürstenau. Acta anat. curios. IX. obs. 5.—ibid.
[3]) Portal. Histoire de l'anat. et de la chir. T. IV. p. 346. ibid.
[4]) Thomas. W. The Lancet. 12. Jan. 1884.

большую часть брюшной полости, въ поперечникѣ имѣла $1^1/_2$ дм. и оканчивалась слѣпымъ концемъ у позвоночника. Подвздошная кишка, слѣпая, восходящая и поперечная кишка отсутствовали. Colon начинался въ области нижняго конца лѣвой почки слѣпымъ концемъ, затѣмъ переходилъ въ Flex. sigm. и въ прямую кишку. Anus отсутствовалъ.

Намъ также пришлось наблюдать случай отсутствія слѣпой кишки.

Аномалія эта обнаружена нами случайно на вскрытіи трупа Анастасіи М., умершей (21 апр. 1899 г.) при явленіяхъ легочнаго и кишечнаго туберкулеза.

Изъ описанія кишечника мы возьмемъ только интересующую насъ часть.

... Обычнаго рѣзкаго перехода тонкаго кишечника въ толстый здѣсь нѣтъ, такъ какъ конечная часть тонкихъ кишекъ весьма сильно растянута и непосредственно переходитъ въ толстую кишку, такихъ же размѣровъ, какъ и тонкая кишка, какъ видно на рис. 1. Мѣсто перехода одной части кишечника въ другую удается опредѣлить здѣсь, во 1-хъ, по мѣстоположенію въ подвздошно-слѣпой ямкѣ, во 2-хъ по углу, подъ которымъ сходятся обѣ части кишечника, въ 3-хъ по ея наружному виду—именно по присутствію taeniae и appendices epiploicae на толстомъ кишечникѣ и въ 4-хъ по valv. Bauchinii, рѣзко выраженной здѣсь.

Книзу отъ valv. Bauchinii имѣется карманъ, вмѣщающій не больше ногтевой фаланги большого пальца и представляющій собою собственно слѣпую кишку.

Взятая часть кишечника представляетъ однако значительныя патологическія измѣненія.

Такъ слѣпая кишка и восходящая на протяженіи 7,0 снтм. *вплотную набиты инородными тѣлами*, именно *громадными количествомъ косточекъ сливъ и мелкими косточками куриныхъ ножекъ*.

Слизистая на мѣстѣ скопленія инородныхъ тѣлъ представляетъ глубокія измѣненія; изъязвленія настолько обширны, что можно говорить здѣсь о полномъ отсутствіи слизистой, а въ нѣкоторыхъ мѣстахъ изъязвленія идутъ черезъ всю толщу стѣнокъ до забрюшинной клѣчатки, гдѣ имѣются ограниченные очаги съ гнилостнымъ распадомъ.

Просвѣтъ толстой кишки на мѣстѣ скопленія инородныхъ тѣлъ оказывается съуженнымъ (8 снтм. ширина распластанной стѣнки), а ниже скопленія съуженіе наибольшое (5,0 снтм.). Такимъ образомъ съуженіе вызвало растяженіе не непосредственно лежащаго вверхъ за нимъ участка кишечника (начала толстой кишки вмѣстѣ со слѣпой), а еще выше лежащей тонкой кишки.

Безъ сомнѣнія только что описанныя глубокія деструктивныя измѣненія стѣнокъ толстаго кишечника вызвали рубцевое съуженіе его въ мѣстѣ скопленія инородныхъ тѣлъ.

Ниже съуженія слизистая—представляетъ только катарральныя измѣненія.

Въ тонкомъ же кишечникѣ на значительномъ протяженіи вверхъ встрѣчаются во множествѣ тѣ же самыя инородныя тѣла и во множествѣ изъязвленія слизистой различной величины.

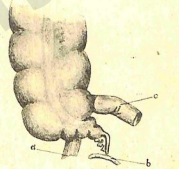


Рис. 2.

a—m. psoas, *b*—promontorium, *c*—intestinum ilei.

Червообразный отростокъ едва удалось найти, идя по taenia: онъ въ видѣ бугорка въ 0,5 снтм. высотою. Изъ полости вышеописаннаго кармана удается попасть въ его полость.

Можно было допустить, что отсутствіе слѣпой кишки произошло здѣсь вслѣдствіе бывшей когда либо ileo-coecal'ной инвагинаціи, произвольно излечившейся, но присутствіе червеобразнаго отростка, а также valv. Bauchinii говоритъ противъ этого предположенія.

Во всякомъ же случаѣ отсутствіе слѣпой кишки въ данномъ случаѣ, какъ наиболѣе вѣроятно—*патологическое*—благопріобрѣтенное, подтвержденіемъ чему служитъ глубокія деструктивныя измѣненія, вызванныя туберкулезнымъ процессомъ и громадными скопленіемъ инородныхъ тѣлъ.

У новѣйшихъ авторовъ намъ не удалось найти указаній на

разбираемую аномалію, что заставляетъ думать, что вышеприведенные случаи отсутствія слѣпой кишки прежнихъ авторовъ относятся, подобно нашему, къ пріобрѣтеннымъ, патологическимъ, или же ихъ наблюденія основаны на не вполнѣ еще выработанномъ *знаніи* анатомическаго устройства *слѣпой кишки* и червеобразнаго отростка.

Форма слѣпой кишки полусферическая съ *выпячиваніями* различной величины (*haustra*). Въ рѣдкихъ случаяхъ слѣпая кишка имѣетъ *коническую, воронкообразную форму*, сохранившуюся отъ зародышеваго періода, съ непосредственнымъ продолженіемъ ея въ червеобразный отростокъ, какъ это наглядно изображено на рис. 2. (случ. 12). (подробно см. стр. 52).

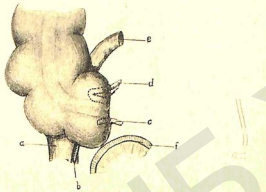


Рис. 3.

a—m. psoas, *b* -сосудистый пучекъ, *c*—promontorium, *d*—proc. vermiformis, *e*—intest. ileï, *f*—мочевой пузырь.

Мѣстоположеніе слѣпой кишки, не говоря уже о ненормальныхъ положеніяхъ ея внѣ предѣловъ правой подвздошной ямки, также весьма измѣнчиво, смотря по степени ея наполненія и по длинѣ mesocolon. При умѣренномъ наполненіи слѣпая кишка прилежитъ къ m. psoas или къ m. iliacus, покрывая больше то ту, то ту другую мышцу. При очень сильномъ вздутіи газами слѣпая кишка можетъ выполнить всю подвздошную ямку, отодвигая тонкія кишки до срединной линіи; а при чрезмѣрномъ наполненіи кадовыми массами—спѣскаться изъ полость малаго таза; при пустомъ же ея состояніи она покрывается петлями тонкихъ кишекъ.

Въ среднемъ—дно слѣпой кишки, по Таренецкому, отстоитъ отъ средины Пупартовой связки у дѣтей до 14-ти лѣтъ отъ 2 до 3 снтм., а у взрослыхъ отъ 4,5—5,0 снтм. до 8,0 снтм.

Слѣпая кишка опускается въ подвздошную ямку не въ отвѣсномъ направленіи, какъ идетъ восходящая часть толстой кишки, а поворачиваетъ свою ось сверху и справа внизъ и влѣво.

Насколько многочисленны уклоненія отъ нормальнаго положенія слѣпой кишки, показываютъ нижеслѣдующія данныя:

Изслѣдуя положеніе слѣпой кишки на трупахъ, мы нашли ее *въ подвздошно-слѣпой ямкѣ* только 54 раза на 90 случаевъ (см. *таблицы положенія слѣпой кишки и червеобразнаго отростка*) т. е. только въ 60%; если даже мы присоединимъ сюда 9 слу-

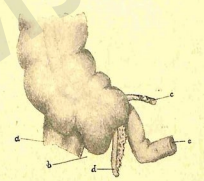


Рис. 4.

a—m. ileopsoas, *b* —сосудистый пучекъ, *c*—promontorium, *d*- proc. vermiformis, *e*—intest. ileï.

чаевъ, гдѣ дно слѣпой кишки только частью выходило за предѣлы подвздошно-слѣпой ямки, какъ случаи съ нормальными уклоненіями отъ обычнаго положенія слѣпой кишки, вызываемыми физіологическими причинами, то и тогда получимъ нормальное положеніе слѣпой кишки только въ 70%, въ остальныхъ же 30% подвздошно-слѣпая кишка по своему мѣстоположенію представляетъ значительныя уклоненія отъ нормы, т. е. почти въ $^1/_3$ случаевъ мы не найдемъ слѣпой кишки въ правой подвздошной ямкѣ.

Къ болѣе частымъ *ненормальнымъ положеніямъ слѣпой кишки* принадлежитъ *опущеніе ея за внутренній край m. psoas* за границы физіологическаго растяженія (кажущагося удлиненія) слѣпой кишки. Такое опущеніе мы встрѣтили на 90 случаевъ 12 разъ, т. е. въ 13%.

НЕБ ХНМ

Выхожденіе слѣпой кишки за внутренній край m. psoas можетъ совершаться въ двухъ направленіяхъ. Во 1-хъ, спустившись въ подвздошно слѣпую-ямку по оси сверху справа внизъ влѣво, слѣпая кишка передвигается дальше по горизонтальной линіи справа налѣво, доходя до срединной линіи или даже переходя ее и останавливаясь надъ входомъ въ малый тазъ. Такое положеніе слѣпой кишки отмѣчено нами въ 6 случаяхъ (№№ 20, 21, 51, 53, 63 и 66 *таблицъ положеній слѣпой кишки и червеобразнаго отростка*) и изображено на рис. 3, случая № 52.

2-е направленіе по своемъ выходѣ за край m. psoas слѣпая кишка принимаетъ по направленію книзу *въ полость малаго таза*, какъ это изображено на рис. 4 и 5, случаевъ № 9 и 68. Въ этихъ



Рис. 5.

a—m. ileopsoas, *b*—сосудистый пучекъ, *c*—promontorium, *d*—proc. vermiformis, *e*—intest. ilei.

2-хъ случаяхъ и случаѣ № 10-мъ слѣпая кишка только частью спустилась въ полость малаго таза, въ 3-хъ же случаяхъ (№№ 22-мъ, 32-мъ и 73-мъ *таблицъ положенія слѣпой кишки и червеобразнаго отростка*) слѣпая кишка цѣликомъ помѣщалась въ полости малаго таза.

Въ случаѣ № 22-мъ имѣлась еще та особенность, что дно слѣпой кишки было повернуто кверху, какъ видно на рис. 6; въ случаѣ № 32-мъ слѣпая кишка выполняла полость малаго таза вмѣстѣ съ концемъ intest. ilei; въ случаѣ же № 73-мъ слѣпая кишка сдѣлала еще поворотъ слѣва направо, такъ что ея дно прилегало къ правой стѣнкѣ таза.

Турнеръ видѣлъ 12 случаевъ выхожденія слѣпой кишки з

внутренній край m. psoas на 132 трупа (т. е. въ 9%) и изъ нихъ только 1 разъ (противъ нашихъ 3 случаевъ) начало толстой кишки вмѣстѣ съ rectum выполняло полость малаго таза.

По Treves'y низкое положеніе слѣпой кишки встрѣчается даже чаще, чѣмъ у насъ, именно въ 18% (противъ нашихъ 13%). Vallée [1]) утверждаетъ, что у дѣтей слѣпая кишка въ 72% занимаетъ болѣе низкое положеніе, чѣмъ у взрослыхъ и стариковъ.

Въ противоположность выхожденію слѣпой кишки за предѣлы подвздошно-слѣпой ямки является *высокое стояніе* слѣпой кишки надъ нею. Такое высокое стояніе есть слѣдствіе остановки совершающагося въ эмбріональномъ періодѣ спусканія слѣпой кишки изъ праваго hypochondrium въ правую подвздошную ямку.



Рис. 6.

Слѣпая кишка выполняетъ полость малаго таза. Дно ея повернуто вверхъ и червеобразный отростокъ также направляется вертикально вверхъ, позади intest. ilei.

Случаевъ неполнаго спусканія слѣпой кишки отмѣчено нами *семь* (№№ 17, 62, 65, 70, 72, 77 и 95 *таблицъ положеній слѣпой кишки червеобразнаго отростка*), но изъ нихъ въ первыхъ шести случаяхъ слѣпая кишка всетаки спустилась ниже crista ilei и червеобразный отростокъ лежалъ въ подвздошной ямкѣ, какъ это видно на рис. 7, случая № 77. Только въ *одномъ* случаѣ № 95, слѣпая кишка остановилась выше crista ilei, стало быть, совершенно внѣ предѣловъ правой подвздошной ямки и даже червеобразный отростокъ прошелъ выше нея (рис. 8).

Высокое положеніе слѣпой кишки найдено нами также и въ случаяхъ № 81 и 84, которые однако отличаются отъ случая № 95-го

[1]) Vallée. Situation du caecum et de l'appendice chez l'enfant.—Thèse de Paris, 1901.

БХНМ

тѣмъ, что въ послѣднемъ случаѣ восходящая часть толстой кишки очень короткая, не развитая, что и служило причиной задержки



Рис. 7.

a—crista ilei, *b*—m. iliacus, *c*—m. psoas, *d*—сосудистый пучекъ, *e*- promontorium, *f*—intest. ilei, *k*—proc. vermiformis.

въ спусканіи слѣпой кишки, тогда какъ въ случаяхъ № 81-мъ и 84-мъ восходящая часть толстой кишки развита весьма хорошо и, не

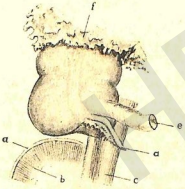


Рис. 8.

a—crista ilei, *b*—m. iliacus, *c*—m. psoas, *d*—proc. vermiformis, *e*—intest. ilei, *f*—приклеившійся сальникъ.

вмѣщаясь по прямой линіи, дѣлаетъ большое колѣно, именно начиная отъ Flex. hepatica она спускается косо внизъ и внутрь, достигая средины живота и затѣмъ поворачиваетъ кнаружи, такъ что *дно слѣпой кишки повернуто вправо* и прилежитъ къ правой стѣнкѣ живота надъ *crista ilei* и впереди почки. На мѣстѣ перегиба толстыя кишки фиксированы склейками. Intest. ilei отходитъ отъ слѣпой кишки не сбоку, какъ обычно, а снизу и, извиваясь по дну подвздошной ямкѣ, спускается въ полость малаго таза (рис. 9).

Процессъ спусканія слѣпой кишки въ подвздошно-слѣпую ямку можетъ остановиться выше, чѣмъ на уровнѣ *cristae ilei*, такъ: въ одномъ случаѣ (№ 61-мъ), мы нашли слѣпую кишку совер-

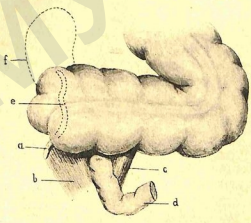


Рис. 9.

a—crista ilei, *b* m. iliacus, *c*—m. psoas, *d*—intest. ilei, *e*—proc. vermiformis, позади слѣпой кишки, *f*—почка.

шенно не вышедшею изъ своего эмбріональнаго мѣстопребыванія—*праваго hypochondrium*; повернувшись своимъ дномъ кнаружи и вверхъ, она соприкасалась частью съ нижней поверхностью печени, частью съ задней стѣнкой живота; colon ascendens была дугообразно выгнута внутрь полости живота (рис. 10).

Такимъ образомъ *высокое положеніе слѣпой кишки* какъ слѣдствіе не законченнаго спусканія ея найдено нами, въ строгомъ смыслѣ, только въ 4 случаяхъ. Турнеръ также рѣдко встрѣчалъ подобную аномалію, только *два* раза.

Fowler сообщаетъ аналогичный съ нашимъ 61-мъ случаемъ случай перитифлита, гдѣ слѣпая кишка лежала тотчасъ подъ печенью.

РЕПОЗИТОРИЙ БГМУ

Въ случаѣ № 54 хир., мы нашли на операціи также ненормально высокое положеніе слѣпой кишки (см. ниже).

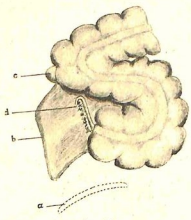


Рис. 10.

a—crista ilei, *b*—печень, *c*—желчный пузырь, *d*—proc. vermiformis.

При наличности *длинной брыжжейки* и, стало быть, ненормальной подвижности слѣпой кишки и начальной части толстой, слѣпая кишка можетъ занимать *самыя разнообразныя положенія* въ полости

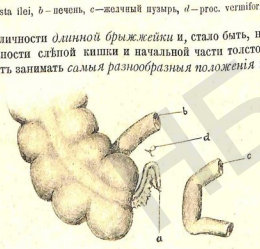


Рис. 11.

a—proc. vermiformis, *b*—intest. ilei, *c*—петля тонкихъ кишекъ, *d*—пупокъ.

живота внѣ предѣловъ правой подвздошной ямки. Такъ въ 2-хъ случаяхъ (случаѣ № 35-мъ и 56-мъ *таблицъ положеній слѣпой кишки*

и червеобразнаго отростка), мы нашли *слѣпую кишку по срединѣ живота* (см. рис. 11), *съ червеобразнымъ отросткомъ*, лежавшимъ въ области *пупка*, а въ одномъ случаѣ слѣпая кишка заходила даже нѣсколько *влѣво* отъ срединной линіи. Благодаря своей подвижности слѣпая кишка, конечно, можетъ измѣнить только что названное положеніе, передвинуться вверхъ или внизъ, направо или налѣво и занять также свое обычное положеніе въ правой подвздошной ямкѣ.

Такое же положеніе слѣпой кишки посрединѣ живота наблюдалъ Турнеръ въ 3-хъ случаяхъ: правую подвздошную ямку онъ нашелъ выполненной петлями тонкихъ кишекъ, а colon ascendens на высотѣ cristae ilei перегнутымъ такъ, что нижняя часть ея расположилась поперечно, причемъ соесит было направлено влѣво, доходя почти до срединной линіи; мѣсто отхожденія червеобразнаго отростка, прилегавшаго къ передней поверхности соеси, приблизительно соотвѣтствовало точкѣ, отстоящей на 4 пальца отъ sp. ilei ant. sup. и на 3 пальца латерально отъ пупка. Въ 4-мъ случаѣ Турнеръ нашелъ colon ascendens перегнутымъ такимъ образомъ, что нижняя часть его лежала въ подвздошной ямкѣ позади остальной части, а слѣпая кишка смотрѣла вверхъ, помѣщаясь на уровнѣ cristae ilei. Въ 5-мъ случаѣ, правая подвздошная ямка была занята flex. sigmoidea, а colon ascendens располагалось впереди.

A. Lennander сообщаетъ случай, гдѣ при вскрытіи 16-лѣтняго мальчика онъ нашелъ слѣпую кишку съ червеобразнымъ отросткомъ въ 16 сntm. длиною въ *львомъ hypochondrium подлѣ селезенки*.

Curschmann говоритъ, что нерѣдко при вскрытіяхъ можно видѣть слѣпую кишку *перегнутою вверхъ* съ аломъ, направленнымъ къ *эпудобрюшной преградѣ* и покрывающимъ спереди colon ascendens; червеобразный отростокъ также направляется верхушкой вверхъ и въ сторону или прямо къ краю печени или даже позади печени. Такое положеніе слѣпой кишки наблюдалъ также Treves. Турнеръ видѣлъ подобные случаи 7 разъ у новорожденныхъ, причемъ червеобразный отростокъ свѣшивался внизъ на длинной брыжжейкѣ, у взрослыхъ же ему ни разу не приходилось наблюдать такую аномалію.

Подобное положеніе слѣпой кишки на нашемъ матеріалѣ мы видѣли *одинъ разъ*, именно въ *случаѣ № 42-мъ (таблицъ положенія слѣпой кишки и червеобразнаго отростка)*. Въ этомъ случаѣ восходящая часть толстой кишки отличалась значительною длиною спустившись отъ flex. hepatica внизъ, она достигала подвздошно-слѣпой

ямки, затѣмъ перегибалась и поднималась впереди предыдущей своей части *вверхъ*, гдѣ на высотѣ пупочной линіи слѣпая кишка, повернувшись своимъ дномъ впередъ, книзу и внутрь, доходила своимъ внутреннимъ краемъ до срединной линіи. Въ описанномъ положеніи восходящая толстая и слѣпая кишка была фиксированы многочисленными склейками. Червеобразный отростокъ спускался почти отвѣсно книзу черезъ мѣсто впаденія intest. ilei въ слѣпую кишку и, прилегая къ внутренней сторонѣ перегнувшейся здѣсь восходящей толстой кишки, достигалъ своей верхушкой до внутренняго края m. psoas на высотѣ promontorium (см. рис. 12).

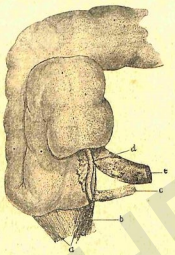


Рис. 12.
a—m. ileo-psoas, *b*—сосудистый пучекъ, *c*—promontorium, *d*—proc. vermiformis, *e* intest. ilei.

Поворотъ слѣпой кишки кверху отмѣченъ нами еще въ двухъ случаяхъ: въ случаѣ № 22-мъ и № 79-мъ (см. *таблицы положенія слѣпой кишки и червеобразнаго отростка*), но въ случаѣ 22-мъ слѣпая кишка съ повернутымъ вверхъ дномъ цѣликомъ помѣщалась въ полости малаго таза; червеобразный отростокъ направлялся здѣсь своей верхушкой вертикально *вверхъ* (см. рис. 6); въ 79-мъ случаѣ слѣпая кишка оставалась на обычномъ мѣстѣ въ подвздошно-слѣпой ямкѣ.

Ненормальное положеніе заняла слѣпая кишка и въ случаѣ

№ 3-мъ (см. *таблицы положенія слѣпой кишки и червеобразнаго отростка*); здѣсь слѣпая кишка направилась по оси *сверху, снутри—книзу, кнаружи*, такъ что дно слѣпой кишки оказалось повернутымъ не внутри, какъ обычно, а *кнаружи* (на подобіе случаевъ № 81-го и № 84-го) и слѣпая кишка только небольшою частью лежала въ подвздошно-слѣпой ямкѣ, а остальной большею своею частью кнутри отъ подвздошной ямки; червеобразный же отростокъ наоборотъ помѣщался въ самой подвздошно-слѣпой ямкѣ, проходя поперекъ черезъ m. psoas (см. рис. 13).

Въ случаѣ № 45-мъ мы находимъ ту особенность, что слѣпая кишка хотя и находится въ правой подвздошной ямкѣ, но надъ

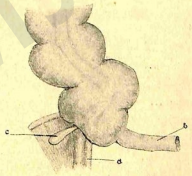


Рис. 13.
a—сосудистый пучекъ, *b* -intest. ilei, *c*—proc. vermiformis.

широкимъ грыжевымъ отверстіемъ большой мошоночной грыжи, въ которой помѣщается петля тонкихъ кишекъ вплоть до мѣста впаденія ихъ въ слѣпую (см. рис. 23). При длинной же брыжжейкѣ слѣпой и восходящей толстой кишки—слѣпая кишка можетъ спуститься въ полость грыжи и не только *правосторонней*, но даже и *лѣвосторонней*, какъ о томъ имѣются наблюденія (Luschka [1]) Lennander'a [2]), Красинцева [3]) и др.)—см. главу о *грыжахъ червеобразнаго отростка*.

[1]) Luschka Ueber die perlioneale Umhüllung des Blinddarms und über die Fossa ileo-coecalis. Virch. Arch. 1861.
[2]) Lennander. Ueber Appendicitis und ihre Compicationen. Volkmann's Samml. № 75, 1893.
[3]) Красинцевъ В. А. Къ вопросу объ оперативномъ леченіи воспаленій червеобразнаго отростка.—Дневникъ VI съѣзда Русс. Врачей. Приб. къ № 13, 1896.

Наблюдали мы также весьма рѣдкую аномалію положенія кишечника, именно *львостороннее положеніе всей толстой кишки* и *правостороннее всей тонкой кишки*.

Эту аномалію мы встрѣтили на вскрытіи 48-лѣтняго мужчины, умершаго отъ рака пищевода.

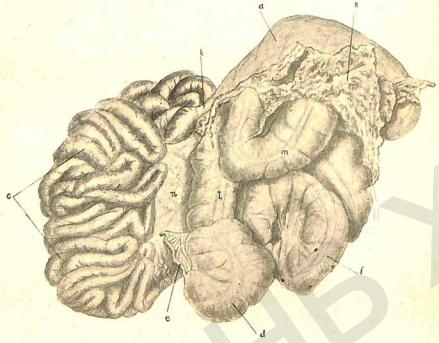


Рис. 14.

a—желудокъ, *b*—12-перстная кишка, *c*—петля тонкихъ кишекъ, *d*—слѣпая кишка, *e*—червеобразный отростокъ, *l*—восходящая толстая кишка, *m*—поперечная кишка, *s*—S. Romanum, *k*—сальникъ, *n*—брыжейка тонкихъ кишекъ.

Наглядное представленіе описываемаго положенія кишечника даетъ прилагаемый при семъ рис. 14.

Желудокъ (a) нормальной величины и нормальнаго положенія подъ лѣвымъ куполомъ діафрагмы.

Двѣнадцати-перстная кишка (b) не имѣетъ обычной подковообразной формы съ тремя колѣнами, и не лежитъ позади желудка, а отходя отъ него справа, направляется въ правую половину брюшной полости, имѣя только незначительную кривизну, которой она окружаетъ головку поджелудочной железы.

Переходъ двѣнадцатиперстной кишки въ тощую ничѣмъ не обозначается.

Верхняя часть *тощей кишки*, ложится петлею въ 15—17 снтм. длиною позади двѣнадцатиперстной, гдѣ благодаря короткой брыжейкѣ плотно фиксирована, тогда какъ двѣнадцатиперстная кишка довольно подвижна и лежитъ впереди.

Сдѣлавши упомянутое колѣно назадъ, *тощая кишка* и затѣмъ *подвздошная* обычнаго вида петлями (*c*) на длинной брыжейкѣ (*n*) выполняетъ правую половину брюшной полости. Длина всей тонкой кишки равна 8 метрамъ.

Переходъ тонкой кишки въ *слѣпую* происходитъ не въ правой подвздошной ямкѣ, а *въ лѣвой* и не слѣва вправо, а наоборотъ, справа влѣво.

Слѣпая кишка (*d*) лежитъ въ лѣвой подвздошной ямкѣ въ обратномъ видѣ, чѣмъ при обычномъ ея положеніи въ правой подвздошной ямкѣ, а именно *перевернутой*, такъ что обычная задняя ея поверхность повернута здѣсь кпереди, правая сторона влѣво, а лѣвая—вправо.

Червеобразный отростокъ (*e*) также отходитъ не отъ заднее-внутренняго (лѣваго) сегмента, какъ обычно, а отъ передне-внѣ соединенія почти вертикально вверхъ, немного извиваясь. Длина его 10 снтм.

Брыжейка его (mesenteriolum), хорошо развита, доходитъ до его верхушки и имѣетъ прекрасно развитую сѣть сосудовъ. Высота брыжейки 3 снтм. Прикрѣпляется она къ передней (лѣвой) поверхности брыжейкѣ тонкихъ кишекъ вблизи ея корня, откуда получаетъ главную артеріальную вѣтвь, дающую сказанную сѣть сосудовъ.

Восходящая толстая кишка (*l*), давъ нѣкоторый изгибъ влѣво книзу, поднимается затѣмъ вертикально вверхъ *вльво* отъ срединной линіи; находясь между петлями тонкихъ кишекъ и остальною частью толстыхъ.

Поднявшись вверхъ на 30 снтм., восходящая толстая кишка переходитъ обычнымъ изгибомъ (Flexura coli hepatica) въ *поперечную часть* (*m*) толстой кишки. Изгибъ этотъ находится, однако, не подъ правою долею печени, а подъ двѣнадцатиперстной киш-

кою и привратникомъ желудка и притомъ въ лѣвой половинѣ брюшной полости.

Начиная отъ сказаннаго изгиба, расположеніе толстыхъ кишекъ нѣсколько иное, чѣмъ обычно:

Такъ часть, соотвѣтствующая colon transversum, идетъ не поперечно, а петлею въ 40 снтм. длиною, свѣшивающеюся внизъ; поднявшись опять вверхъ, она дѣлаетъ небольшое колѣно (въ 10 снтм.) кзади, гдѣ плотно прилегаетъ къ средней части поджелудочной железы. Отъ задняго колѣна кишка идетъ косо внизъ влѣво на протяженіи 15 снтм., послѣ чего опять дѣлаетъ изгибъ почти горизонтальный въ 10 снтм. кзади внутри (вправо), откуда дѣлаетъ небольшое колѣно (въ 8 снтм.) вертикально книзу и отсюда поворачиваетъ обратно предыдущему колѣну влѣво на протяженіи 10 снтм., послѣ чего спускается отвѣсно книзу на протяженіи 7 снтм., затѣмъ поднимается вверхъ и *S*—образнымъ изгибомъ переходитъ въ прямую кишку, имѣя здѣсь длину совмѣстно съ прямой 47 снтм.—Общая же длина толстой кишки равна 187 снтм.

Исключая восходящей и поперечной части между остальными изгибами толстыхъ кишекъ находятся склейки, плотно фиксирующія эти части въ одинъ конгломератъ.

Сальникъ (k) хорошо развитъ только между желудкомъ и colon transversum, ниже же онъ развитъ весьма плохо, именно онъ спускается внизъ въ видѣ короткаго фартука въ 10—12 снтм. длиною.

Брыжейка имѣетъ совершенно иной видъ, чѣмъ въ нормальныхъ случаяхъ; корень ея прикрѣпляется не по косой линіи слѣва направо внизъ, а спускается почти вертикально книзу, начиная отъ поджелудочной железы и доходя до rectum.

Отъ названнаго корня отходятъ собственно *двѣ брыжейки: одна для тонкихъ кишекъ и другая—для толстыхъ.*

Брыжейка для тонкихъ кишекъ (n) хорошо развита, имѣетъ въ высоту до 15 снтм., такъ что петли тонкихъ кишекъ весьма подвижны, исключая вышеописанной верхней петли тощихъ кишекъ, которая не имѣетъ брыжейки и задняя поверхность которой лежитъ внѣ брюшины.

Брыжейка толстыхъ кишекъ развита значительно слабѣе, (высота 5 снтм.), но все же болѣе, чѣмъ при обычныхъ условіяхъ, такъ она снабжаетъ слѣпую и всю восходящую часть толстой кишки, которыя вслѣдствіе этого весьма подвижны и перемѣщаются въ любомъ направленіи. Flexura coli hepatica и colon transversum также имѣютъ брыжейку, но остальная часть толстаго кишечника лишена

ея и вилотную прилегаетъ къ задней брюшной стѣнкѣ: даже S—Romanum имѣетъ только слѣды брыжейки.

Брыжейка тонкихъ кишекъ непосредственно переходитъ въ брыжейку толстыхъ, составляя такимъ образомъ какъ бы общую брыжейку (*mesenterium commune*).

Въ этомъ случаѣ имѣлась еще вторая аномалія, именно *дивертикулъ* Meckel'я, расположенный на разстояніи 1 метра отъ слѣпой кишки на передней (лѣвой) поверхности кишки, ближе къ мѣсту прикрѣпленія брыжейки. Дивертикулъ на всемъ протяженіи какъ бы вращенъ въ брыжейку съ верхушкой, направленной къ корню ея. Длина дивертикула 4,5 снтм., ширина пропускаетъ палецъ; недалеко отъ верхушки небольшое съуженіе, верхушка же колбовидно вздута.

Препаратъ хранится въ музеѣ имени Пирогова въ г. С.-Петербургѣ.

Описываемая аномалія кишечника относится къ чрезвычайно рѣдкимъ; такъ въ литературѣ имѣются описанія всего нѣсколькихъ случаевъ, а именно случаевъ—Treitz'a [1]), Reid'a [2]), Грубера [3]), Chiene'a [4]), Fürth'a [5]), Tandler'a [6]), Grönggoss'a, [7]), Curschmann'a [8]) и Stieda [9]).

Аномалія эта прирожденная и состоитъ въ *остановкѣ развитія*, происшедшей на 3-мъ мѣсяцѣ утробной жизни, когда долженъ былъ произойти поворотъ первичной кишечной петли вокругъ своей оси. (См. стр. 28). Въ нашемъ случаѣ этого поворота не произошло и

---

[1]) Treitz W.—Hernia retro-peritonealis. Prag. 1857.

[2]) Reid Malposition of the large intestine in two individuals, apparently causing fatal ileus in one of them.—Edinburgh med. and surg. Journ. XLVI. 1836.

[3]) Груберъ В.—О нѣкоторыхъ рѣдкихъ измѣненіяхъ въ положеніи кишекъ у взрослыхъ людей, происходящихъ отъ ненормальнаго образованія.—«Военно-медицинскій журналъ». Часть LXXXV. 1862.

Gruber W. Ueber einige seltene durch Bildungsfehler bedingte Lagerungsanomalien des Darmes bei erwachsenen Menschen.—Bull. de l'académie des sciences de St. Petersburg. 1863.

— Beiträge zu den Bildungshemmungen der Masenterien. — Reichert's und Dubois Reymonds Archiv. 1862.

[4]) Chiena J. Case in which the intestines were misplaced, with remarks on the development of the parts.—Journ. of Anat. and Physiol. v. II. 1867—68.

[5]) Fürth. Angeborene Dislokation der Gedärme; Tumor der linken Niere.— Wien. med. Presse. VII. 1866.

[6]) Tandler J. Ueber Mesenterialvariotäten.—Wien. klin. Wochensch. p. 213. 1897.

[7]) Grönggoss Ueber einen Fall abnormer Lagerung des Darmkanals beim Erwachsenen— Anat. Anzeiger. 11. Dec. 1893.

[8]) l. c.

[9]) Stieda. Ueber Situs inversus partialis abdominis. -Inaug. Diss. Königsberg. 1898.

задняя (нижняя) ножка, изъ которой развивается толстая кишка, передвинулась только влѣво и здѣсь закончила свое полное развитіе, занявъ лѣвую половину брюшной полости вмѣсто того, чтобы окружать тонкій кишечникъ, какъ это бываетъ въ нормальныхъ случаяхъ.

Брюшинный покровъ слѣпой кишки.—До 2-й половины текущаго столѣтія господствовало представленіе, что *слѣпая кишка окружена брюшиной только на протяженіи* $^2/_3$ *окружности, именно спереди и съ боковъ, сзади же прикрывается къ задней сторонѣ живота посредствомъ клѣтчатки и лишена здѣсь брюшиннаго покрова*. На основаніи такого представленія объ отношеніи брюшины къ слѣпой кишкѣ въ былое время была построена теорія воспаленій клѣтчатки правой подвздошной ямки, бе-рущихъ начало, по этой теоріи, изъ язвъ слѣпой кишки, появляющихся на ея задней стѣнкѣ, гдѣ они могли гораздо легче дойти до проболѣванія, чѣмъ въ другихъ частяхъ кишки, покрытыхъ брюшиною.

Bardeleben [1]) впервые въ 1849 г. доказалъ, что *слѣпая кишка покрыта брюшиной со всѣхъ сторонъ* и что попасть въ нее сзади, не вскрывая брюшной полости, нѣтъ возможности.

Къ этому положенію примкнули какъ извѣстные своимъ авторитетомъ анатомы, такъ и цѣлый рядъ изслѣдователей, спеціально занявшихся изученіемъ этого вопроса: Luschka, Langer [2]), Tarенецкій, Treves, Tuffier, Турнеръ. Maurin [4]) Told [5]), Meringot de Treigog [6]), Grohé, и мн. др.

По изслѣдованію однихъ авторовъ слѣпая кишка во всѣхъ случаяхъ безъ исключенія покрыта брюшиной со всѣхъ сторонъ, тогда какъ другіе авторы допускаютъ, что въ рѣдкихъ случаяхъ слѣпая кишка бываетъ лишена брюшиннаго покрова на задней поверхности: Такъ Tuffier изъ 120 случаевъ въ 9 случаяхъ нашелъ заднюю поверхность слѣпой кишки не покрытой брюшиной;—Grohé изъ 100 случаевъ—въ 2 случаяхъ. По Турнеру въ 96% слѣпая кишка покрыта брюшиной со всѣхъ сторонъ, такъ что здѣсь «о ретроцекальной клѣтчаткѣ не можетъ быть рѣчи». Кромѣ того,

[1]) Bardeleben, Ueber die Lage des Blinddarms beim Menschen. Virchows Arch. Bd. 2 1849.
[2]) Langer, Lehrbuch der system. und topograph. Anat. Wien. 1883.
[3]) Marin. Thèse de Paris 1886.
[4]) Told. Bau und Wachstumveränd. der Gekröze des mensch. Darmkanals. Wien. 1889.
[5]) M. de Treigog. Études sur les hernies du gros intestin. Thèse de Paris 1886.

Турнеръ нашелъ, что въ возрастѣ отъ 40 до 50 лѣтъ въ 97% всѣхъ случаевъ бываетъ свободнымъ отъ склеекъ съ задней стѣнкой не только слѣпая кишка, но и *часть восходящей толстой кишки*, да и въ другихъ возрастахъ такое отношеніе встрѣчается не рѣдко, именно въ 24—53%.

Червеобразный отростокъ отходитъ отъ слѣпой кишки не отъ самой низкой точки ея дна, такъ называемой «ложной верхушки» («false apex»—Treves'a), а какъ сейчасъ увидимъ, въ громадномъ большинствѣ случаевъ отъ *задне-внутренняго ея сегмента*, недалеко отъ мѣста впаденія тонкой кишки въ слѣпую кишку (немного кзади и книзу отъ ileo-coecal'ной складки), иногда въ самомъ углу, гдѣ впаденіе червеобразнаго отростка сходится всѣ три *taenia*, переходящія на отростокъ и покрывающія его со всѣхъ сторонъ, образуя его продольныя мышечныя волокна. (Въ руководствѣ Sonnenburg'a Pathologie und Therapie des Perityphlitis всѣхъ 4 изданій мѣсто отхожденія червеобразнаго отростка (Taf. I. Fig. 1) изображено совершенно невѣрно, внѣ какого бы то ни было отношенія къ taenia).

Изъ 88 нашихъ случаевъ [1]) мы нашли, что червеобразный отростокъ въ 60 *случаяхъ* (см. *таблицы мѣстоположенія слѣпой кишки и червеобразнаго отростка*) отходилъ отъ *задне-внутренняго сегмента*; если же присоединить сюда 6 случаевъ, гдѣ отростокъ отходилъ отъ *нижне-задне-внутренняго*, т. е. тоже отъ *задне-внутреннаго*, только нѣсколько книзу, то получимъ отхожденіе червеобразнаго отростка отъ *задне-внутренняго сегмента* въ 60 случаяхъ или въ 75%.

Въ *9 случаяхъ* отростокъ отходилъ отъ *задняго сегмента* и въ 7 случаяхъ отъ *внутренняго*, стало быть, въ 82 случаяхъ или въ 93% червеобразный отростокъ отходилъ отъ *задне-внутренняго сегмента* или близкаго къ нему—*задняго* или *внутренняго сегмента*.

Только въ *2 случаяхъ* –(№ 17-мъ и 72-мъ *таблицъ положенія слѣпой кишки и червеобразнаго отростка*) червеобразный отростокъ отходилъ почти отъ *самой верхушки*, причемъ въ 17-мъ случаѣ дно слѣпой кишки заканчивалось конусовидно.

[1]) Мы взяли только случаи съ болѣе или менѣе нормальнымъ положеніемъ слѣпой кишки; при неправильномъ ея положеніи въ брюшной полости мѣсто отхожденія червеобразнаго отростка, оставаясь нормальнымъ для слѣпой кишки, измѣняетъ свое топографическое положеніе въ брюшной полости вмѣстѣ со слѣпой кишкой.

Въ *2 случаяхъ* (№№ 58 и 58) отростокъ отходилъ, въ противоположность обычному—не отъ задне-внутренняго сегмента, а отъ *ружно-нижняго*.

Въ *одномъ случаѣ* (№ 10) отростокъ отходилъ отъ *передне-нижняго сегмента* и направлялся оттуда по горизонтальной линіи *задне-наспереди назадъ*.

И наконецъ въ *одномъ случаѣ* (№ 95), подобно предыдущему, отростокъ отходилъ отъ *передне-нижняго* сегмента только болѣе *кнутри* и направлялся не спереди назадъ, а *впередъ* (см. рис. 8).

Въ остальныхъ случаяхъ, гдѣ слѣпая кишка занимала самыя разнообразныя, неправильныя положенія, мѣстоотхожденіе червеобразнаго отростка мѣняло свое топографическое положеніе въ брюшной полости въ зависимости отъ измѣненнаго положенія слѣпой кишки. Такъ въ нашихъ таблицахъ въ этихъ случаяхъ отмѣчены слѣдующія мѣстоположенія: отъ нижняго сегмента—№ 42, задне-верхняго—№ 61, наружнаго—№ 3, верхне-задне-внутренняго—№ 22, задне-наружнаго — № 73, задне-нижняго — № 84, средняго—№ 35.

Изъ вышеизложеннаго мы видимъ, что въ громадномъ большинствѣ случаевъ (въ 93%) мѣстоотхожденіе червеобразнаго отростка находится приблизительно въ одномъ пунктѣ и только въ рѣдкихъ случаяхъ мы находимъ отступленія отъ сказаннаго правила. Наши наблюденія въ этомъ отношеніи подтверждаются наблюденіями другихъ авторовъ. Такъ Bryant[1]) нашелъ, что въ 96% основаніе червеобразнаго отростка находится приблизительно въ одной точкѣ (колебанія въ $^1/_2$ дюйма) и только 2 раза (изъ 92 случаевъ) онъ видѣлъ отростокъ отходящимъ отъ верхушки и 2 раза кнаружи отъ mesocolon. Treves видѣлъ только 3 раза на 100 случаевъ отростокъ отходящимъ отъ верхушки слѣпой кишки; Tuffier 2 раза на 120 труповъ и Турнеръ—5 разъ на 134 трупа взрослыхъ и младенцевъ.

Форма основанія червеобразнаго отростка.—Мѣсто перехода червеобразнаго отростка отъ слѣпой кишки обыкновено рѣзко обозначено, такъ что червеобразный отростокъ сидитъ на слѣпой кишкѣ подобно стеблю на арбузѣ или дынѣ. Въ рѣдкихъ, однако, случаяхъ червеобразный отростокъ удерживаетъ и въ болѣе пожиломъ возрастѣ свою эмбріональную *воронкообразную форму* съ постепеннымъ

[1]) D. Bryant. The relations of the gross anatomy of the vermiform appendix to some features of the clinical history of appendicitis.—Annals of surg. 1892.

переходомъ его отъ слѣпой кишки; иногда на такомъ воронкообразномъ основаніи червеобразнаго отростка остаются ясно выраженныя *haustra*. Турнеръ 2 раза видѣлъ такой воронкообразный отростокъ съ хорошо развитыми haustra въ пожиломъ возрастѣ. Мы видѣли *коническое воронкообразное основаніе* червеобразнаго отростка *21 разъ* на *283 случая*, т. е. въ $7^0/_0$; иногда на такомъ основаніи были ясно выражены haustra (см. *таблицы размѣровъ и состоянія червеобразнаго отростка*); продолженіе слѣпой кишки въ червеобразный отростокъ въ такихъ случаяхъ было безъ рѣзкихъ переходовъ (см. рис. 2).

Направленіе червеобразнаго отростка.—Отходя въ большинствѣ случаевъ приблизительно отъ одной точки дна слѣпой кишки, червеобразный отростокъ въ дальнѣйшемъ своемъ протяженіи можетъ принять *самыя разнообразныя направленія во всѣ стороны*. Наиболѣе частое направленіе его *внутрь*: такъ изъ 88 нашихъ случаевъ, гдѣ точно было замѣчено направленіе отростка, въ 53 случаяхъ, т. е. въ $60^0/_0$ отростокъ направлялся *внутрь*, но прямо внутрь только въ 24 случаяхъ ($27^0/_0$), а въ 18 случаяхъ *кнутри книзу* и въ 11 случаяхъ *кнутри вверхъ*. Часто также отростокъ направляется *вверхъ*: такъ направленіе вертикально вверхъ у соединить направленіе *вверхъ кнутри* (11 случаевъ) и *вверхъ кнаружи* (3 случая), то направленіе отростка *вверхъ* отъ горизонтальной линіи получится въ 28 случаяхъ, т. е. въ $32^0/_0$.

Направленіе *отвѣсно внизъ* встрѣчается не часто, у насъ всего такъ *внутрь и внизъ* въ 18 случаяхъ, всего стало быть въ *25 случаяхъ* ($28,4^0/_0$), но и это число надо увеличить, такъ какъ червеобразный отростокъ свое направленіе *внутрь* легко измѣняетъ въ направленіе *внутрь внизъ*.

Рѣже отростокъ принимаетъ направленіе *кнаружи*, такъ оно отмѣчено у насъ въ 8 случаяхъ и въ 3 случаяхъ *кнаружи вверхъ*, всего въ 11 случаяхъ—въ $12^0/_0$.

Очень рѣдко направленіе *назадъ* (въ 2 случаяхъ) и *впередъ* (въ 1 случаѣ).

Итакъ, червеобразный отростокъ по своемъ отхожденіи отъ слѣпой кишки принимаетъ направленіе по частотѣ въ слѣдующемъ порядкѣ: *кнутри, книзу, вверху и кнаружи*.

Положеніе червеобразнаго отростка въ брюшной полости. Съ одной стороны разнообразное направленіе, которое принимаетъ червеобразный отростокъ по своемъ отхожденіи отъ слѣпой кишки, даетъ разнообразное положеніе отростка относительно слѣпой кишки, а съ другой стороны непостоянное и также разнообразное положеніе слѣпой кишки въ брюшной полости, среди другихъ брюшныхъ органовъ, порождаетъ самое разнообразное положеніе червеобразнаго отростка въ брюшной полости и, кажется, нѣтъ ни одного уголка въ брюшной полости, гдѣ бы болѣе или менѣе часто не находили бы червеобразнаго отростка. (Ср. главу

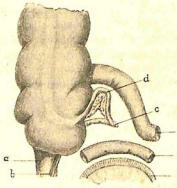


Рис. 15.

a —m. psoas, *b*—сосудистый пучекъ, *c*—promontorium, *d*—proc. vermiformis, *e*, *e*—intest. ilei, *f*—мочевой пузырь.

о положеніи слѣпой кишки). Столь разнообразное и, притомъ благодаря подвижности, непостоянное положеніе червеобразнаго отростка трудно поддается точному опредѣленію и классификаціи.

Изучая положеніе червеобразнаго отростка на трупахъ, мы нашли его въ слѣдующихъ мѣстахъ [1]):

1. Въ *подвздошно-слѣпой ямкѣ* на m. psoas или iliacus, кнутри или книзу, или кнаружи отъ слѣпой кишки, но *не позади* ея. Въ такомъ положеніи мы нашли червеобразный отростокъ 6 разъ, именно въ случаяхъ №№ 14, 31, 59, 72, 77 и 3. На рис. 7. мы видимъ наглядно описываемое положеніе отростка случая № 77. Здѣсь слѣпая кишка не вполнѣ спустилась въ подвздошную ямку.

[1]) См. *таблицы положенія слѣпой кишки и червеобразнаго отростка.*

Въ случаѣ же № 3 слѣпая кишка повернута дномъ кнаружи и не вошла въ подвздошную ямку, оставаясь у ея внутренняго края, червеобразный же отростокъ залегъ въ подвздошной ямкѣ кнаружи отъ слѣпой кишки (см. рис. 13).

2. Червеобразный отростокъ направляется *кнутри по направленію къ свободной брюшной полости*, или между петлями кишекъ и часто отходя отъ слѣпой кишки параллельно концу впадающей въ нее тонкой кишки; своей верхушкой отростокъ достигаетъ *promontorium* (см. рис. 2) или *вообще позвоночника* (№№ 12, 15, 71, 76, 85, 91, 93 и 94), или же отростокъ лежитъ свободно между петлями тонкихъ кишекъ (см. рис.

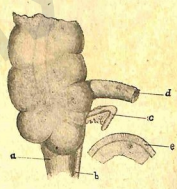


Рис 16.

a—m. psoas, *b*—сосудистый пучекъ, *c*—proc. vermiformis, *d*—intest. ilei, *e*—мочевой пузырь.

15), и вмѣстѣ съ ними измѣняетъ свое положеніе въ брюшной полости, часто опускаясь въ полость малаго таза, по удаленіи оттуда петель тонкихъ кишекъ (№№ 10, 16, 20, 23, 27, 38, 41, 46, 53, 60, 63, 66, 79); иногда же при наполненномъ состояніи мочевого пузыря червеобразный отростокъ прилежитъ къ верхушкѣ его, какъ нами найдено это въ 2 случаяхъ (№№ 49 и 51, см. рис. 16, случая № 49-го), и вмѣстѣ съ опорожненіемъ пузыря опускается въ полость малаго таза.

Всего, стало быть, случаевъ *положенія червеобразнаго отростка въ свободной брюшной полости между петлями кишекъ*—23.

3) Червеобразный отростокъ, перегибаясь черезъ внутренній

край m. psoas и сосудистый пучекъ *спускается въ полость малаго таза;* при этомъ отростокъ можетъ спускаться или частью,

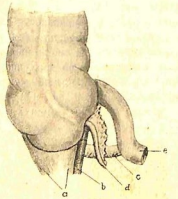


Рис. 17.

—m. ileo-psoas, *b* -сосудистый пучекъ, *c*—promontorium' *d*—proc. vermiformis, *e*—intest. ilei.

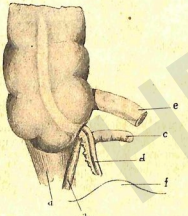


Рис. 18.

a—m. ileo-psoas, *b*—сосудистый пучекъ, *c*—promontorium, *d*—proc. vermiformis, *e*—intest. ilei, *f*—uterus.

только своимъ свободнымъ концомъ, какъ это отмѣчено нами въ случаяхъ №№ 6, 39, 44, 48, 69, 82, 87 — «не много ниже

promontorium» и какъ изображено на рис. 17 случая № 44-го или же на значительномъ своемъ протяженіи (№№ 1, 25, 37, 80);

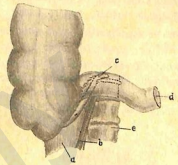


Рис. 19.

a—m. ileo-psoas, *b*—сосудистый пучекъ, *c*—proc. vermiformis *назади* intest. ilei, *d*—intest. ilei, *e*—V, IV и III поясничн. позвонки.

часто отростокъ опускается въ полость таза совмѣстно съ концомъ тонкой кишки, какъ это видно на рис. 6, (случаи №№ 9, 13, 21, 55, 64 и 78), или съ частью слѣпой кишки (№ 68, рис. 5).

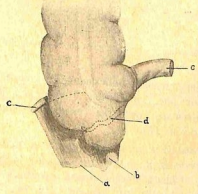


Рис. 20.

a—m. iliacus, *b*—m. psoas, *c*—crista ilei, *d*—proc. vermiformis *назади* слѣпой кишки, *e*—intest. ilei.

Въ полости малаго таза червеобразный отростокъ приходитъ въ соприкосновеніе съ rectum и мочевымъ пузыремъ у мужчинъ, а у

женщинъ кромѣ того съ внутренними половыми органами, какъ это изображено на рис. 18 случая № 1.—Къ внутритазовому положенію отростка относятся также и случаи №№ 22, 32 и 73, гдѣ слѣпая кишка выполняла полость малаго таза.

Такимъ образомъ *всего случаевъ съ внутритазовымъ положеніемъ отростка*—21.

4) *Кнутри отъ слѣпой кишки, частью позади слѣпой кишки, частью позади конца тонкой кишки, частью позади ileocoecal'наго соединенія (мѣста впаденія тонкой кишки въ слѣпую), но внѣ предѣловъ подвздошной ямки.*

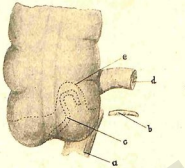


Рис. 21.

a—m. psoas, *b*—promontorium. *c*—proc. vermiformis, *d*—intest. ilei, *e*—fossa subcoecalis.

Наглядное представленіе описываемому положенію червеобразнаго отростка даетъ рис. 19 случая № 97-го. Съ подобнымъ положеніемъ червеобразнаго отростка отмѣчено нами 5 случаевъ, (№№ 2, 7, 28, 88 и 97).

5) *Позади слѣпой кишки или позади ileo-coecal'наго соединенія, но въ предѣлахъ подвздошно-слѣпой ямки на т. psoas или iliacus* нами найденъ червеобразный отростокъ въ 15 случаяхъ (№№ 4, 11, 18, 24, 26, 29, 40, 58, 70, 74, 75, 86, 89, 92 и 96). Описываемое положеніе червеобразнаго отростка изображено нами на рис. 6 случая № 11-го.

Иногда червеобразный отростокъ лежитъ позади слѣпой кишки въ хорошо выраженной *fossa subcoecalis*;—въ такомъ положеніи нами найденъ отростокъ въ 5 случаяхъ (№№ 5, 8, 50, 62 и 90).

На рис. 21, случая № 50-го нами изображена схематически fossa subcoecalis—обозначена пунктиромъ; червеобразный отростокъ, лежащій позади слѣпой кишки также обозначенъ пунктиромъ. Весьма наглядно изображена fossa subcoecalis на рис. 22, снятомъ съ натуры: здѣсь ясно видна fossa subcoecalis и въ ней червеобразный отростокъ, своейверхушкой выходящій наружу изъ ямки.

Съ заднимъ положеніемъ отростка также и случай № 45, гдѣ отростокъ проходитъ кромѣ того надъ грыжевымъ кольцомъ (см. рис. 23).

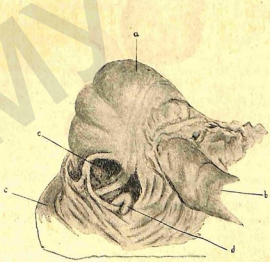


Рис. 22.

Fossa subcoecalis (c); слѣпая кишка (a)—приподнята; червеобразный отростокъ (d)—выходитъ верхушкой изъ ямки (c), *b*—intest. ilei. *e*—пристѣночный листокъ брюшины.

Въ 2-хъ случаяхъ (№№ 30 и 98) червеобразный отростокъ поднимался вверхъ *позади слѣпой кишки и начала толстой по внутренней сторонѣ брыжжейки* (см. рис. 24). Въ этихъ случаяхъ начальная часть толстыхъ кишекъ имѣла хорошо развитую брыжжейку, такъ что слѣпая кишка легко измѣнила свое положеніе.

Наконецъ въ 3-хъ случаяхъ (№№ 24, 65 и 67) червеобразный отростокъ помѣстился также *позади слѣпой и начала толстой кишки, поднимаясь вверхъ, но по наружной сторонѣ хорошо развитой здѣсь брыжжейки* восходящей толстой кишки.

НБ ХНМУ

Всего же случаевъ съ положеніемъ червеобразнаго отростка *позади слѣпой кишки и начала толстой* имѣлось—26.

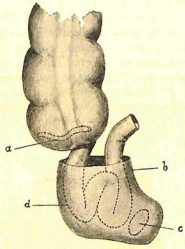


Рис. 23.

a—proc. vermiformis, *b*—грыжевой мѣшокъ, *c*—testiculus, *d*—петля тонкихъ кишекъ.

6) Въ нѣкоторыхъ случаяхъ червеобразный отростокъ вслѣдствіе значительнаго перемѣщенія слѣпой кишки попадаетъ *въ лѣвую*

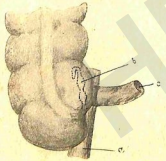


Рис. 24.

a—m. psoas, *b*—proc. vermiformis *позади* слѣпой кишки, *c*—intest. ilei.

половину брюшной полости. Такъ въ случаяхъ №№ 35-мъ и 56-мъ слѣпая кишка лежала почти посрединѣ живота въ *пупочной области*

и въ этихъ случаяхъ червеобразный отростокъ заходилъ *вльво* за *l. alba* (см. рис. 11), Въ случаѣ № 52-мъ слѣпая кишка выходила за край подвздошной ямки до средней линіи и червеобразный отростокъ достигалъ *лѣвой половины* 5-го поясничнаго позвонка (см. рис. 3). Въ случаѣ № 17-мъ слѣпая кишка, хотя и находится въ подвздошно-слѣпой ямкѣ, но очень длинный червеобразный отростокъ (12,0 снтм.) достигалъ *лѣвой половины* позвоночника. Наконецъ полное *лѣвосторонее* положеніе червеобразнаго отростка, даже *въ лѣвой подвздошной ямкѣ*, мы имѣли въ случаѣ № 99 съ *situs isitiorum inversus*.

Всего же случаевъ съ *лѣвосторонимъ положеніемъ отростка*—5.

7) Неправильное положеніе слѣпой кишки *внѣ* предѣловъ подвздошно-слѣпой ямки обусловливаетъ также *неправильное положеніе червеобразнаго отростка, иногда очень далеко отъ подвздошно-слѣпой ямки*. Такъ въ случаѣ № 84-мъ слѣпая кишка была повернута своимъ дномъ кнаружи и лежала выше подвздошной ямки, червеобразный отростокъ находился *позади слѣпой кишки на высотѣ crista ilei*, а въ случаѣ № 81-мъ съ такимъ же положеніемъ слѣпой кишки, червеобразный отростокъ, *лежа позади слѣпой кишки, приходилъ въ соприкосновеніе съ почкой* (см. рис. 9). Въ случаѣ же № 61-мъ слѣпая кишка остановилась на своемъ первоначальномъ эмбріональномъ мѣстѣ въ правомъ hypochondrium и *червеобразный отростокъ помѣстился на нижней поверхности правой доли печени вблизи желчнаго пузыря* (см. рис. 10).

Въ случаѣ № 42-мъ начало восходящей части толстой кишки поднималось изъ подвздошно-слѣпой ямки вверхъ и лежало впереди остальной части восходящей толстой кишки, а слѣпая кишка еще разъ перегибалась впередъ книзу и внутрь; *червеобразный отростокъ лежалъ здѣсь у внутренняго края восходящей толстой кишки, выше promontorium* (см. рис. 12). Наконецъ въ случаѣ № 95-мъ слѣпая кишка стояла выше crista ilei и *червеобразный отростокъ направлялся выше уровня crista ilei внизъ и внутрь* (см. рис. 8).

Итакъ всѣхъ случаевъ *съ неправильнымъ положеніемъ червеобразнаго отростка выше подвздошно-слѣпой ямки—5*.

8) Въ заключеніе остается привести случаи, гдѣ червеобразный отростокъ находился зарытымъ въ *забрюшинной клѣтчаткѣ частью или на всемъ протяженіи*, или же онъ былъ настолько

закрытъ склейками, что совершенно изолировался отъ свободной брюшной полости и лежалъ, стало быть, также *внѣбрюшинно*. Случаи эти слѣдующіе: №№ 54, 57 и 83.—Здѣсь червеобразный отростокъ *частью лежалъ внутрибрюшинно, частью внѣбрюшинно*: именно въ случаѣ № 54-мъ червеобразный отростокъ только у основанія на протяженіи 1—1,5 снтм. лежалъ внутрибрюшинно, на остальномъ же протяженіи онъ помѣстился внѣбрюшинно между листками брыжжейки конечной части тонкой кишки.

Въ случаѣ № 67 червеобразный отростокъ лежалъ позади слѣпой кишки у наружнаго ея сегмента, верхушечная половина отростка настолько была покрыта *склейками*, что была совершенно изолирована отъ остальной брюшной полости.

Въ случаѣ № 83-мъ червеобразный отростокъ у основанія на $^1/_3$ протяженіи лежалъ внутрибрюшинно, на протяженіи же остальныхъ $^2/_3$ *внѣбрюшинно*.

Въ случаяхъ №№ 19-мъ, 33-мъ, 36-мъ, 43-мъ 47-мъ—червеобразный отростокъ помѣщался *на всемъ протяженіи внѣбрюшинно*: именно, въ случаѣ № 19-мъ червеобразный отростокъ лежалъ *позади слѣпой кишки* въ особой полости съ гладкими стѣнками, какъ бы въ отшнуровавшейся части брюшной полости и, на самомъ дѣлѣ, представляющей собою fossa subcoecalis, которая закрылась отъ остальной брюшной полости склейками, такъ что червеобразный отростокъ оказался лежащимъ *внѣбрюшинно*. Въ случаѣ № 33-мъ червеобразный отростокъ поднимался вверхъ *позади* слѣпой кишки и на всемъ протяженіи лежалъ *внѣбрюшинно*. Въ случаѣ № 36-мъ—червеобразный отростокъ проходилъ *позади слѣпой кишки* поперекъ подвздошно-слѣпой ямки и также на всемъ протяженіи *внѣбрюшинно*. Въ случаѣ № 43-мъ червеобразный отростокъ лежалъ *позади слѣпой кишки* въ поперечномъ положеніи, закрытый весь *склейками* и такимъ образомъ изолированный отъ остальной брюшной полости. Въ случаѣ № 47-мъ не только червеобразный отростокъ, но и слѣпая и восходящая толстая кишки были совершенно изолированы *склейками* отъ свободной брюшной полости.

Итакъ съ частичнымъ *внѣбрюшиннымъ положеніемъ червеобразнаго отростка было 3 случая* и *съ полнымъ внѣбрюшиннымъ положеніемъ—5 случаевъ*.

Подводя итоги вышеизложенному, мы получаемъ слѣдующій краткій перечень различныхъ положеній червеобразнаго отростка въ брюшной полости, найденныхъ въ нашихъ случаяхъ:

1) *Червеобразный отростокъ въ подвздошно-слѣпой ямкѣ* на m. psoas или iliacus, книзу или кнутри или кнаружи отъ слѣпой кишки, но *не позади* послѣдней. . 6 слч.

2) *Червеобразный отростокъ кнутри отъ слѣпой кишки* направляется черезъ край m. psoas и лежитъ *свободно въ брюшной полости* между петлями кишекъ . 23 »

3) *Червеобразный отростокъ* свышивается *въ полость малаго таза* частью, или на всемъ протяженіи, или вмѣстѣ со слѣпою кишкою 21 »

4) *Червеобразный отростокъ кнутри отъ слѣпой кишки, частью позади слѣпой кишки, частью позади конца тонкой кишки или позади ileocoecal'наго соединенія, но внѣ предѣловъ подвздошно-слѣпой ямки.* 5 »

5) *Червеобразный отростокъ позади слѣпой кишки или позади ileo-coecal'наго соединенія въ подвздошно-слѣпой ямкѣ на m. psoas или iliacus, часто въ fossa subcoecalis* 21 случай

Позади слѣпой кишки и начала толстой кнутри отъ брыжжейки 2 случая

Позади слѣпой кишки и начала толстой, кнаружи отъ брыжжейки 3 случая . . . . . 26 »

6) *Червеобразный отростокъ въ лѣвой половинѣ брюшной полости* . . . . . 5 » [1])

7) *Червеобразный отростокъ при неправильномъ положеніи слѣпой кишки—выше предѣловъ подвздошно-слѣпой ямки въ различныхъ областяхъ брюшной полости.* . . . . . 5 »

8) *Червеобразный отростокъ съ частичнымъ внѣбрюшиннымъ положеніемъ* 3 случая *и съ полнымъ внѣбрюшиннымъ положеніемъ* 5 случаевъ. . . . 8 »

Всего. . . 99 слч.

Сравнимъ полученные нами результаты съ результатами изслѣдованій другихъ авторовъ:

Турнеръ, изучившій положеніе червеобразнаго отростка въ 105 случаяхъ, распредѣляетъ ихъ на слѣдующія группы:

I. *Червеобразный отросток расположенъ свободно въ полости живота.*

[1]) Только въ одномъ случаѣ (№ 99) *полное лѣвосторонее положеніе*, въ остальныхъ лишь *частичное*.

A. Червеобразный отростокъ свѣшивается въ малый тазъ . . . . . 51 разъ.

B. Червеобразный отростокъ идетъ поперекъ m. psoas къ promontorium (выше или ниже) . . . . . 20 »

C. Червеобразный отростокъ лежитъ свободно на m. iliacus или psoas . . . . . 6 »

D. Червеобразный отростокъ идетъ вверхъ, прилегая къ латеральной сторонѣ colon. asc. . . . . 2 »

E. Червеобразный отростокъ лежитъ въ области средины живота при поперечномъ положеніи нач. толстой кишки . . . . . 3 »

F. Червеобразный отростокъ лежитъ впереди flexurae sigmoideae, занимающей правую fossa iliaca . . . . . 1 »

Всего . . . 83 »

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

G. Червеобразный отростокъ лежитъ, свернувшись, позади ileo-coecal'наго соединенія . . . . . 4 раза.

H. Червеобразный отростокъ лежитъ позади слѣпой кишки, скрытый въ fossa subcoecalis . . . . . 5 »

I. Червеобразный отростокъ идетъ вверхъ, прилегая къ задне-медіальной сторонѣ начала толстой кишки *интраперитонеально* . . . . . 6 »

K. Червеобразный отростокъ идетъ вверхъ, прилегая къ задней или задне-медіальной сторонѣ начала толстой кишки, располагаясь *вполнѣ экстраперитонеально* . . . . . 2 »

L. Червеобразный отростокъ идетъ вверхъ, прилегая къ задней или задне-медіальной сторонѣ начала толстой кишки, располагаясь *частью экстраперитонеально* . 4 »

M. Червеобразный отростокъ лежитъ позади дна coeci, повернутаго кверху и кзади . . . . . 1 »

Всего къ этой группѣ относится . 22 »

Приведемъ еще одну таблицу, полученную Bryant'омъ на основаніи 144 вскрытій и показывающую направленіе и положеніе червеобразнаго отростка.

Направленіе червеобразнаго отростка.	Мужч.	Женщ.	Пола не отмѣч.	Всего.
Кнутри	20	11	3	34
Позади слѣпой кишки	18	10	4	32
Книзу внутрь	16	7	5	28
Въ малый тазъ	14	3	4	21
Книзу	5	0	0	5
Вверхъ и внутрь	4	5	0	9
Вверхъ и кзади	3	0	0	3
Вверхъ и кнаружи	2	0	0	2
Кнаружи	1	1	0	2
Вверхъ по внутренней сторонѣ colon къ печени.	1	0	0	1
Вверхъ по наруж. стор. colon asc. и coecum.	1	3	0	4
Свернутый подъ слѣпой кишкой	1	0	0	1
Книзу и кнаружи	0	0	1	1
Вверхъ позади coecum и colon	0	0	1	1
Всего . .	86	40	18	144

Сравненіе между собою нашихъ данныхъ и данныхъ Турнера и Bryant'а обнаруживаетъ между ними большую разницу.

Такъ, прежде всего бросается въ глаза разница въ направленіи червеобразнаго отростка въ *полость малаго таза*: тогда какъ по даннымъ Турнера это наиболѣе частое положеніе червеобразнаго отростка, именно 51 разъ на 105 случаевъ (въ 48%), у Bryant'а оно отмѣчено 14 разъ на 86 случаевъ (16,4%) у мужчинъ и 3 раза на 40 случаевъ (7½%) у женщинъ, а всего 21 разъ на 144 случая (въ 4 случаяхъ полъ не отмѣченъ), т. е. всего въ 14,6%. Наши данныя по этому пункту скорѣе подходятъ къ даннымъ Bryant'а, именно у насъ тазовое положеніе червеобразнаго отростка отмѣчено всего въ 21%, т. е. у Турнера оно отмѣчено болѣе, чѣмъ въ 2 раза чаще, чѣмъ у насъ, и болѣе, чѣмъ въ 3 раза чаще, чѣмъ у Bryant'а.

Такая рѣзкая разница навела Bryant'а на мысль о *расовомъ* различіи въ положеніи червеобразнаго отростка у русскихъ и американцевъ, и Bryant сдѣлалъ предположеніе, что во 1-хъ, у русскихъ червеобразный отростокъ, вѣроятно, длиннѣе, чѣмъ у американцевъ; предположеніе это, однако, опровергается данными, приводимыми относительно длины у Турнера и у самаго Bryant'а:

такъ у перваго средняя длина отростка въ 20 — 30-лѣтнемъ возрастѣ — 9,0 снтм., а у втораго — 3,5 дюйма, т. е. 8,75 снтм., разница, стало быть, весьма незначительная; а по нашимъ даннымъ длина червеобразнаго отростка даже нѣсколько меньше (8,6 снтм.), чѣмъ по даннымъ Bryant'a, стало быть, о расовой разницѣ въ длинѣ отростка не можетъ быть и рѣчи.

Во 2-хъ Bryant ставитъ вопросъ, не наблюдается ли у русскихъ чаще тазовой перитифлитъ, чѣмъ у американцевъ, разъ таковое положеніе отростка у русскихъ встрѣчается чаще?—Какъ мы видимъ по нашимъ даннымъ и даннымъ Bryant'a, столь крупной разницы въ тазовомъ положеніи у русскихъ и американцевъ нѣтъ и, наоборотъ, рѣзкая разница въ данныхъ Bryant'a и Турнера заставляетъ предполагать, что тѣмъ и другимъ авторомъ взяты различныя опредѣленія тазового положенія отростка. Въ *таблицахъ о положеніи червеобразнаго отростка* мы часто указываемъ въ случаяхъ съ положеніемъ его въ брюшной полости свободно между петлями кишекъ на то, что по удаленіи послѣднихъ изъ полости таза, отростокъ легко опускается туда, и, навѣрное, не разъ бывалъ тамъ, но мы считаемъ болѣе правильнымъ отнести эти случаи къ рубрикѣ съ внѣтазовымъ положеніемъ отростка, такъ какъ въ моментъ вскрытія брюшной полости мы нашли его внѣ полости таза. Съ другой стороны въ таблицѣ Bryant'a есть рубрика съ положеніемъ отростка *внутрь-внизъ*, обнимающая многіе случаи (28). У Турнера этой рубрики нѣтъ и возможно, что многіе изъ случаевъ этой группы Bryant'a могли бы быть легко отнесены къ случаямъ съ тазовымъ положеніемъ отростка, такъ какъ при направленіи внизъ внутрь, отростокъ легко можетъ свѣситься въ полость малаго таза, хотя бы только своей верхушкой, но Bryant вѣроятно, не считалъ такое положеніе за тазовое.

Такое крупное противорѣчіе въ данныхъ, касающихся положеній червеобразнаго отростка, мы встрѣчаемъ и у другихъ авторовъ, такъ по даннымъ Sudsuki [1]) тазовое положеніе червеобразнаго отростка встрѣчается въ $^1/_3$ случ.: на 500 изслѣдованныхъ случаевъ — въ 168. Дебеле въ дѣтскомъ возрастѣ нашелъ червеобразный отростокъ, свѣшивающимся въ малый тазъ въ 60%. J. v. Sydow [2]) же на 586 вскрытій червеобразный отростокъ свѣшивался болѣе или менѣе въ полость малаго таза 61 разъ т. е. въ 10,4%—рѣже даже, чѣмъ у Bryant'a, тогда какъ M. Lafforgue [1]) на 200 вскрытій нашелъ червеобразный отростокъ направленный внизъ въ 41,5%, т. е. близко къ даннымъ Турнера. Такъ же часто тазовое положеніе по даннымъ Brystow'a [2]) и Robinson'a [3]), именно у перваго на 38 случаевъ 15 разъ т. е. въ 39,5%, у Robinson'a на 300 изслѣдованныхъ имъ мужчинъ и 115 женщинъ—червеобразный отростокъ свѣшивался въ полость таза въ 37% у мужчинъ и въ 48% у женщинъ. Данныя Brystow и Robinson'a, какъ американскихъ наслѣдователей, тѣмъ интересны, что они, расходясь съ данными Bryant'a, опровергаютъ предположеніе послѣдняго о расовомъ различіи въ положеніи червеобразнаго отростка.

Затѣмъ Bryant указываетъ также на рѣзкую разницу въ частотѣ положенія червеобр. отр. *позади слѣпой кишки* по его даннымъ и даннымъ Турнера: такъ у перваго заднее положеніе отростка отмѣчено въ 20% у мужчинъ и 25% у женщинъ (вмѣстѣ въ 22,0%), у второго же только въ 9%. У американцевъ, стало быть, болѣе, чѣмъ въ два раза чаще, чѣмъ у русскихъ; на основаніи этого Bryant говоритъ, что интересно прослѣдить, не существуетъ ли какой либо разницы и относительно симптомовъ перитифлита у обѣихъ національностей: такъ боль при вздохѣ должна быть меньше, когда воспаленный червеобразный отростокъ находится подъ слѣпой кишкой, чѣмъ подъ какой-либо болѣе подвижной частью кишечника; притупленіе и опухоль также менѣе выражены, и наконецъ, воспалительный процессъ въ такихъ случаяхъ болѣе легко ограничивается, чѣмъ при положеніи червеобразнаго отростка въ свободной брюшной полости.

Здѣсь, вѣроятно, Bryant нашелъ недоразумѣніе, не понявъ таблицы Турнера: у послѣдняго въ рубрикѣ положенія червеобразнаго отростка распредѣлены въ двухъ большихъ группахъ: именно къ 1-ой группѣ отнесены случаи съ червеобразнымъ отросткомъ, находившимся *въ свободной брюшной полости* и ко 2-ой—всѣ случаи съ червеобразнымъ отросткомъ, находившимся *позади начала толстой кишки (сзади)*; на долю послѣднихъ приходится 21%,

[1]) Sudsuki K. Beiträge zur normalen und pathologischen Anatomie des Wurmfortsatzes. —Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. und Chir. VII Bd. 4 u 5 H. 1901.

[2]) Цит. по Lennander'y.

[1]) Lafforgue. Recherches anatomiques sur l'appendice vermiculaire du caecum. Journ. internat. d'anatom. et de phys. T. X. 1893.

[2]) Robinson B. The appendix in reation to the psoas muscle in three hundred male and one hundred and eighteen finale adult autopsies; trauma of the psoas muscle produces appendicitis.—Annals of Surgery. Apr. 1901.

[3]) Дебеле Ф.—О длинѣ кишечника въ дѣтскомъ возрастѣ.—Дисс. С.-Петербургъ. 1900.

у Bryanta же 22,2%, а если даже прибавить сюда всѣ другія заднія положенія отростка, то получится 25,7%—разница между той (21%) и другой цифрой (25,7%) оказывается не такая большая.

Наши данныя также опровергаютъ предположеніе Bryanta о національномъ различіи въ разбираемомъ положеніи червеобразнаго отростка, а именно, наши данныя показываютъ, что заднія положенія отростка позади *слѣпой кишки* у русскихъ такъ же часты, какъ у американцевъ (въ 21%), а если присоединить сюда 5 случаевъ съ положеніемъ отростка *позади* начала толстой кишки и 6 случаевъ съ внѣбрюшиннымъ положеніемъ отростка *позади* слѣпой кишки, то окажется, что у русскихъ заднее положеніе червеобразнаго отростка даже *чаще*, чѣмъ у американцевъ, именно въ 32%.

Дебеле указываетъ на разницу въ положеніи червеобразнаго отростка позади толстой кишки у дѣтей и у взрослыхъ: такъ онъ нашелъ у дѣтей до 1 года червеобразный отростокъ позади слѣпой кишки въ 22%, тогда какъ послѣ года только въ 11%.

Относительно другихъ болѣе частыхъ положеній червеобразнаго отростка мы находимъ въ данныхъ различныхъ изслѣдователей былъ большее согласіе.

Такъ положеніе червеобразнаго отростка *кнутри* отъ слѣпой кишки отмѣчено у Турнера въ 19%, у Bryanta въ 23,7%, у M. Lafforgue'а въ 17%, у Robinson'а въ 23%, въ 21% *у насъ*.

Направленіе червеобразнаго отростка *вверхъ*—у Турнера отмѣчено въ 14,3%, у Bryanta въ 13,9%, у M. Lafforgue'а въ 13,0% и *у насъ* въ 16%.

Согласны, въ общемъ, данныя различныхъ авторовъ также и относительно *забрюшиннаго положенія* червеобразнаго отростка.

Полное забрюшинное положеніе червеобразнаго отростка отмѣчено:

у Турнера	въ	2 случаяхъ	на 105	случ. т. е. въ	1,90%
» Bryanta	»	3	»	144	» » » »	2,08%
» Sudow	»	11	»	586	» » » »	1,88%

у насъ оно отмѣчено 5 разъ на 99 случаевъ, но собственно настоящее *забрюшинное* положеніе отростка имѣлось только въ 2 случаяхъ, т. е. въ 2% такъ какъ въ остальныхъ 3 случаяхъ червеобразный отростокъ былъ изолированъ отъ остальной брюшной полости только склейками.

Если же мы возьмемъ вмѣстѣ случаи *съ полнымъ и съ частичнымъ внѣбрюшиннымъ положеніемъ червеобразнаго отростка*, а также случаи, гдѣ отростокъ изолированъ отъ свободной брюшной полости *склейками*, то получимъ слѣдующія данныя:

у Турнера—въ 6 случаяхъ на 105—т. е. въ 5,7%, у Bryanta въ 5 случаяхъ червеобразный отростокъ былъ настолько закрытъ склейками, что лежалъ какъ бы внѣбрюшинно—всего, стало быть, 8 случаевъ на 144 случ., т. е. въ 5,5%, у Sydow—въ 19 случаяхъ червеобразный отростокъ былъ зарытъ въ брюшинномъ листкѣ частью и въ 20 случаяхъ былъ совершенно — всего, съ 11 предыдущими случаями, въ 50 случаяхъ на 586, т. е. въ 8,5%; у *насъ* случаевъ съ частичнымъ и полнымъ внѣбрюшиннымъ положеніемъ червеобразнаго отростка было 8 случаевъ на 99 т. е. въ 8,0%.

Резюмируя вышеизложенное, мы находимъ, что въ большинствѣ случаевъ (отъ $^2/_3$ до $^3/_4$) червеобразный отростокъ, отходя отъ *задне-внутренняго сегмента* слѣпой кишки, *лежитъ свободно въ брюшной полости, или направляясь внутрь между петлями кишекъ, или спускаясь внизъ въ полость малаго таза*, и только въ $^1/_3$ — $^1/_4$ случаевъ отростокъ помѣщается въ болѣе укромномъ уголкѣ, *за слѣпой или толстой кишкой* или *въ забрюшинномъ пространствѣ*.

Такъ же въ большинствѣ (по нашимъ даннымъ болѣе, чѣмъ въ 60%) случаевъ червеобразный отростокъ цѣликомъ или частью своего протяженія выходитъ *за предѣлы правой подвздошной ямки* и только *въ меньшинствѣ случаевъ* онъ *цѣликомъ* помѣщается въ названной ямкѣ.

Размѣры червеобразнаго отростка, какъ *толщины*, такъ особенно *длины* подвержены значительнымъ колебаніямъ.

Произведя измѣренія червеобразнаго отростка въ 283 случаяхъ [1]), мы получили самыя различныя величины длины, а также и тол-

[1]) См. соотвѣтствующія таблицы. Изъ 283 случаевъ мы произвели измѣренія червеобразнаго отростка на сѣкихъ препаратахъ въ 108 случаяхъ, (именно №№ 1—32 женщинъ и 70—146 мужчинъ), въ остальныхъ же 175 случаяхъ на препаратахъ, уплотненныхъ въ 1%-мъ формалиновомъ растворѣ. Измѣреніе сѣкихъ препаратовъ представляетъ то неудобство, что при выпрямленіи червеобразнаго отростка трудно избѣжать его вытяженія за предѣлы дѣйствительной длины, тогда какъ на уплотненныхъ препаратахъ этого вытяженія не происходитъ, а съ другой стороны слабый формалиновый растворъ весьма мало стягиваетъ ткани, такъ что уплотненные въ немъ червеобразные отростки сохраняли свои естественные размѣры.

щины отростка. Такъ въ одномъ случаѣ мы имѣли червеобразный отростокъ въ 1,0 стм. длины (у 38-лѣтняго мужчины № 256 *таблицы величины и состоянія червеобразнаго отростка*), въ другомъ—въ 1,1 стм. (у 70-лѣтн. женщины № 44), затѣмъ въ 2,5 стм. и 2,7 стм. (у 38-лѣтн. и 60-лѣтн. мужчинъ №№ 82 и 24), въ противоположность столь короткимъ отросткамъ мы наблюдали очень длинные — такъ въ 2-хъ случаяхъ въ 15,0 стм. (у 38-лѣтн. и 58-лѣтн. мужчинъ, №№ 125 и 219) и въ 14 стм. (у 45-лѣтняго мужчины, № 107).

Такія крайнія величины червеобразнаго отростка приводятся многими авторами; такъ очень длинные отростки видѣлъ Тихомировъ[1])—въ 15,5 и 16,5 стм., Hassler[2])—въ 22,0 стм., Ribbert[3])—въ 16,0, 18,0 и 21,0 стм. и у одного 5-лѣтняго мальчика въ 12,0 стм., Sonnenburg наблюдалъ отростокъ въ 18,0 стм., а Luschka даже въ 23,0 стм., такой же необычайной длины (въ 9 дюйм.—23,0 стм.) червеобразный отростокъ видѣлъ также Biggs[4]): начавшись ниже ileo-coecal'ной складки, отростокъ поднимался вверхъ позади брыжжейки подвздошной кишки, лежа внѣбрюшинно только до начала брыжжейки, а затѣмъ внутри-брюшинно; поднявшись дальше вверхъ кнутри отъ colon ascendens *до нижней поверхности печени* и затѣмъ идя по ней, онъ направлялся впередъ.

Въ противоположность *максимальнымъ* величинамъ отростка приводятся также и *минимальныя* въ 2,0—2,5 стм. (Турнеръ, Ribbert, Bryant и мн. др.) и даже случаи съ *совершеннымъ отсутствіемъ червеобразнаго отростка* или въ видѣ бугорка, какъ это наблюдали Meckel[5]), Delius, Fürstenau, Gerlach[6]), Тареницкій, Fergusson[7]), Fawcet E. and Blackford[8]), Robinson, Swan[9]) и др.

[1]) Тихомировъ М. А.—Два случая неправильнаго развитія слѣпой кишки и червеобразнаго отростка.—Извѣстія Имп. Общ. Любит. Естеств., Антроп. и Этног. Т. 50. Вып. I стр. 190. 1886.

[2]) Hassler. Journ. de méd. de Bordeaux. 8 avr. 1900.

[3]) Ribbert.—Beiträge zur normalen und pathologischen Anatomie des Wurmfortsatzes.—Virchow's Arch. Bd. 132. 1893.

[4]) Biggs K. M.—New-York Pathol. Soc. March 28. 1888.—Med. Rec. June 30. 1888 p. 720.

[5]) Meckel.—Handbuch der mensch. Anat.

[6]) Gerlach. Zur Anatomie und Entwicklungsgeschichte des Wurmfortsatzes. Wissensch. Mitt. der phys. med. Soc. zu Erlangen 1859.

[7]) Fergusson.—Some important points regarding the appendix vermif.—The Amer. Journ. of the med. sc. Jan. 1891.

[8]) Fawcet E. and Blackford J. V. Some anatomical observations from the post-mortem room.—Journ. of anat. Vol. XXXIV. 1899.

[9]) Swan J. M. Univer. Med. Mag. VIII, p. 194, 1895.

Сообщеніе Fleischmann'a[1]) *о двойномъ* червеобразномъ отросткѣ весьма сомнительно.

Понятно, отъ минимальныхъ до максимальныхъ величинъ существуютъ постепенные переходы.

Въ нашей коллекціи червеобразныхъ отростковъ имѣлись слѣдующей длины отростки:

отъ	1,0	стм.	до	3,0	стм.	длины	4 случ. т. е. въ	1,5 %
»	3,0	»	»	5,0	»	»	23 »	» 8,5 »
»	5,0	»	»	6,0	»	»	30 »	» 11,0 »
»	6,0	»	»	7,0	»	»	41 »	» 15,0 »
»	7,0	»	»	8,0	»	»	52 »	» 19,0 »
»	8,0	»	»	9,0	»	»	33 »	» 12,0 »
»	9,0	»	»	10,0	»	»	37 »	» 14,0 »
»	10,0	»	»	11,0	»	»	27 »	» 10,0 »
»	11,0	»	»	12,0	»	»	12 »	» 4,4 »
»	12,0	»	»	13,0	»	»	10 »	»
»	13,0	»	»	14,0	»	»	1 »	» 4,6 »
»	14,0	»	»	15,0	»	»	2 »	»

Изъ этой таблицы мы видимъ, что наиболѣе часто встрѣчаются отростки въ 7,0—8,0 стм. длиною, затѣмъ въ 6,0—7,0 стм., 8,0—9,0 стм., 9,0—10,0 стм.

Въ среднемъ же длина червеобразнаго отростка равна 8,0 стм.

Толщина червеобразнаго отростка также подвержена колебаніямъ, хотя и не въ такихъ размѣрахъ, какъ длина.

Такъ въ 5 случаяхъ (*см. таблицы величины и состоянія червеобразнаго отростка*) мы видѣли червеобразные отростки толщиною отъ 0,25 стм. до 0,3 стм., а въ нѣкоторыхъ случаяхъ даже тоньше: въ видѣ *нити*; но если не принимать эти случаи въ разсчетъ, такъ какъ въ этихъ случаяхъ *просвѣтъ* отростка бываетъ *зарощеннымъ* и, стало быть, отростокъ не въ нормальномъ состояніи, то не такъ рѣдки червеобразные отростки въ 0,3—0,4 стм. толщиною съ сохранившимся просвѣтомъ. Въ противоположность *тонкимъ* отросткамъ встрѣчаются и *толстые*, такъ мы видѣли одинъ отростокъ толщиною въ 1,0 стм. (у 38-лѣтн. мужчины № 116), даже въ 1,1 стм. (у 26-лѣтн. мужчины—№ 228), нѣсколько отростковъ толщиною до 0,9 стм., при этомъ мы не считаемъ толстыхъ отростковъ *брюшно-тифозныхъ случаевъ*, такъ

[1]) Приведено у Шахтингера.

какъ здѣсь *слизистая отростка* такъ же бываетъ *поражена процессомъ*, какъ и слизистая остального кишечника, и, стало быть, отростокъ представляется явно *патологическимъ*.

Въ указанныхъ предѣлахъ крайнихъ величинъ толщина отростка колеблется, хотя и не такъ равномѣрно, какъ длина, какъ показываетъ нижеслѣдующая таблица:

Толщина отростка отъ	0,2	до	0,3	снтм. въ	5	случ.	= 2,1%
» »	0,3	»	0,4	» »	14	»	= 6,0 »
» »	0,4	»	0,5	» »	61	»	= 26,2 »
» »	0,5	»	0,6	» »	102	»	= 43,9 »
» »	0,6	»	0,7	» »	36	»	= 15.4 »
» »	0,7	»	0,8	» »	10	»	= 4,3 »
» »	0,8	»	0,9	» »	4	»	= 2,1 »
» »	0,9	»	1,0	» »	2	»	

Изъ этой таблицы мы видимъ, что наиболѣе часто встрѣчается толщина отростка въ 0,5—0,6 снтм., затѣмъ 0,4 — 0,5 снтм. и 0,6—0,7, толще же и тоньше уже значительно рѣже.

Въ среднемъ же толщина червеобразнаго отростка равна 0,57 снтм.

Колебанія въ толщинѣ наблюдаются не только между различными червеобразными отростками, но даже на одномъ и томъ же отросткѣ: такъ не рѣдко основаніе отростка бываетъ значительно толще остального отростка, иногда, какъ мы видѣли выше, оно бываетъ *коническое, воронковидное;* но также бываетъ и, наоборотъ, *колбовидно* вздутая верхушка, а также и на протяженіи отростка не рѣдки *вздутія— веретеновидныя, четковидныя*, вызываемыя или скопленіемъ содержимаго въ полости отростка или утолщеніемъ его стѣнокъ.

Интересны *колебанія размѣровъ червеобразнаго отростка въ зависимости отъ возраста*:

Средняя длина и толщина червеобразнаго отростка равняется

	Длина.	Толщина.
въ возрастѣ 10—20 лѣтъ . . .	8,8 снтм.,	0,6 снтм.
» » 20—30 » . . .	8,6 »	0,58 »
» » 30—40 » . . .	7,8 »	0,58 »
» » 40—50 » . . .	8,1 »	0,55 »
» » 50—60 » . . .	7,4 »	0,57 »
» » свыше 60 » . . .	7,5 »	0,55 »
Для всѣхъ возрастовъ	8,03 »	0,57 »

Изъ этой таблицы мы видимъ, что наибольшей длины достигаетъ червеобразный отростокъ въ возрастѣ отъ 10 до 30 лѣтъ, именно 8,8—8,6 снтм.; такую же приблизительно длину отростка въ этомъ возрастѣ показываютъ и другіе наслѣдователи: такъ, по Таренецкому длина = 8,6 снтм., по Турнеру = 9,0 снтм., по Sudsuki = 8,6 снтм., по Bryanty = 3,5 дюйма (8,75 снтм.), по Fawcet and Blackford = 8,88 снтм. для мужчинъ и 7,87 снтм. для женщинъ. Другіе авторы даютъ нѣсколько большую длину, такъ Toft опредѣляетъ длину червеобразнаго отростка у взрослаго въ 10,0 снтм., Ribbert въ 9,5 — 9,75 снтм., Fergusson въ 4,5 дюйма, т. е. средняя длина у этихъ авторовъ больше, чѣмъ у вышеприведенныхъ приблизительно на 1,0 снтм., а другіе авторы даютъ среднюю длину настолько же меньшую, такъ Peronidi [1]) среднюю длину червеобразнаго отростка опредѣляетъ въ 7,5 снтм., Robinson также въ 7,5 снтм. (3 дюйма).

Такія колебанія понятны у такого растяжимаго органа, какъ червеобразный отростокъ.

Наибольшую толщину червеобразный отростокъ имѣетъ также въ возрастѣ отъ 10 до 30 лѣтъ, именно въ 0,58—0,6 снтм. или, какъ принято у американцевъ стереотипное выраженіе для толщины отростка — «crow's quill».

При сопоставленіи размѣровъ червеобразнаго отростка *по возрастамъ*, бросается въ глаза та особенность, что по мѣрѣ приближенія къ преклонному возрасту размѣры его уменьшаются; если же мы возьмемъ болѣе ранніе возрасты, чѣмъ приведенные у насъ, то въ первые годы вмѣстѣ съ ростомъ всего организма мы замѣтимъ увеличеніе размѣровъ, пока въ возрастѣ 10—20 лѣтъ не будетъ достигнуто *maximum*'а, откуда начинается постепенное уменьшеніе, какъ видно изъ таблицы, приводимой Ribbert'омъ:

У новорожденнаго длина отростка	= 3³/₅ снтм.
въ возрастѣ до 5 лѣтъ длина отростка . . .	= 7²/₃ »
» » отъ 5 до 10 лѣтъ длина отростка . .	= 9 »
» » » 10 до 20 » » » . . .	= 9³/₄ »
» » » 20 до 30 » » » . . .	= 9¹/₂ »
» » » 30 до 40 » » » . . .	= 8³/₄ »
» » » 40 до 50 » » » . . .	= 8¹/₂ »
» » свыше 60 » » » . . .	= 8¹/₄ »

1) Peronidi G. Recherches anatomiques sur le caecum et son appendix.– Revue de chir. № 8, 1900

На эту особенность указываютъ (какъ мы будемъ говорить о томъ подробнѣе въ соотвѣтствующемъ мѣстѣ), какъ на часть явленій регрессивной метаморфозы, претерпѣваемой червеобразнымъ отросткомъ въ пожиломъ возрастѣ. Указываютъ даже на то, что увеличеніе червеобразнаго отростка въ болѣе молодомъ возрастѣ есть только *кажущееся*, ибо, въ дѣйствительности, оно не соотвѣтствуетъ росту всего организма. Такъ по даннымъ Турнера, отношеніе длины червеобразнаго отростка къ росту индивидуума въ возрастѣ до 1 года колеблется между 1:12 и 1:16, а эти отношенія къ 20-му году колеблются между 1:18 и 1:20. Еще болѣе замѣтно это по отношенію длины червеобразнаго отростка къ длинѣ кишечника: такъ для новорожденнаго эти отношенія равны 1:71, а для взрослаго 1:115 (Meckel), или еще нагляднѣе—изъ отношенія длины червеобразнаго отростка къ длинѣ толстой кишки, именно 1:10 для новорожденнаго и 1:20 для взрослаго (Ribbert) или наконецъ, изъ отношенія толщины червеобразнаго отростка и толстой кишки: 1:4 для новорожденныхъ и 1:8 для взрослыхъ (Meckel).

Что касается *разницы въ размѣрахъ червеобразнаго отростка по половъ*, то она весьма незначительна: такъ средняя *длина* червеобразнаго отростка *у мужчинъ* по нашимъ даннымъ = 8,1 снтм., *у женщинъ* = 7,84 снтм., разница=0,26 снтм., *толщина у мужчинъ*=0,58 снтм., *у женщинъ*=0,56 снтм., разница=0,02 снтм.

Bryant приводитъ, однако, болѣе крупную разницу: такъ, по его даннымъ, средняя длина червеобразнаго отростка у мужчинъ = 3,5 д., а у женщинъ = 3,1 д., разница—0,4 д., т. е. 1,0 снтм., разница же въ толщинѣ отростка у мужчинъ и у женщинъ = 0,1 д., т. е. 0,25 снтм.

Fawcet and Blackford также даютъ разницу въ длинѣ червеобразнаго отростка у мужчинъ и у женщинъ въ 1,0 снтм., именно, у мужчинъ, по ихъ даннымъ, длина червеобразнаго отростка = 8,88 снтм., у женщинъ—7,87.

Отверстіе червеобразнаго отростка со стороны слѣпой кишки только въ тѣхъ рѣдкихъ случаяхъ, когда отростокъ начинается воронко- или конусо-видно, бываетъ широкимъ и значительно большаго діаметра, чѣмъ просвѣтъ отростка на остальномъ протяженіи. Обыкновенно же отверстіе червеобразнаго отростка бываетъ едва замѣтнымъ среди складокъ слизистой слѣпой кишки,—*щелевиднымъ*

и меньшаго діаметра, чѣмъ остальной просвѣтъ отростка; мало того, многими наслѣдователями у края отверстія описывается *полулунная складка* слизистой оболочки, которой ими приписывается значительная патогенетическая роль въ воспаленіяхъ червеобразнаго отростка. Впервые значеніе этой складки, какъ клапана задерживающаго обратное выхожденіе попавшихъ въ червеобразный отростокъ каловыхъ массъ и инородныхъ тѣлъ и тѣмъ способствующаго образованію здѣсь конкрементовъ съ ихъ послѣдствіями, выдвинулъ Gerlach [1]), по имени котораго она стала называться впослѣдствіи (*valvula Gerlachii*). Анатомическое же описаніе этой складки впервые дано французскими авторами и въ частности Cruveilhier [2]). Merling [3]) также раньше Gerlach'а даетъ описаніе этой складки, но въ противоположность ему не приписываетъ послѣдней той роли, какъ Gerlach, а наоборотъ, по его мнѣнію, она играетъ роль клапана, задерживающаго поступленіе кишечнаго содержимаго въ червеобразный отростокъ: «у отверстія червеобразнаго отростка находится клапанообразная складка, благодаря устройству которой можетъ вытекать отдѣляемая въ отростокъ слизь, но не входить въ него калъ; только при неизвѣстныхъ условіяхъ попадаютъ туда калъ, иглы, глисты и т. п., вызывая самыя тяжелыя явленія».

Многими авторами, какъ напр. Steiner'омъ [4]), Тареневскимъ, Турнеромъ и др., существованіе клапана совершенно отрицается. Турнеръ, напримѣръ, объясняетъ образованіе этой складки, какъ ее описываетъ Gerlach, ошибкой препарованія. Gibbert, изслѣдовавшій свыше 400 червеобразныхъ отростковъ и дающій описаніе нормальной и патологической анатоміи отростка, совершенно не упоминаетъ объ этой складкѣ. Sudsuki на 500 изслѣдованныхъ имъ червеобразныхъ отросткахъ нашелъ ее въ 150 случаяхъ, да и то она не препятствовала ни вхожденію, ни выхожденію содержимаго.

Nauninga [5]) описываетъ кромѣ того *вторую, меньшую складку, лежащую тотчасъ подъ* Gerlach'овской. Другими наслѣдователями, однако, этой складки не было найдено.

[1]) Gerlach. Beobachtungen einer tödtl. Peritonitis als Folgen einer Perf. des Proc. verm.—Zeitschr. f. rat. Med., herausgegeben v. Henleu. Pfeifer. Heidelberg. 1847.
— Zur Anatomie und Entwicklungsgeschichte des Wurmfortsatzes. Wissensch. Mittheil. der phys. med. Soc. zu Erlangen. 1859.
[2]) Цит. по Tillaux. Руководство къ топографической анатоміи. Перев. подъ ред. проф. Таубера. С.-Петербургъ. 1895, стр. 763.
[3]) l. c.
[4]) Steiner. Zur path. Anat. des Wurmfortsatzes. Inaug. Diss. Basel. 1893.
[5]) Nauninga. Dissertatio de fabrica et fonctione proc. vermif. Groningae, 1840.

Турнеръ дѣлаетъ предположеніе, что за такую складку была принята одна изъ поперечныхъ складокъ, обычно встрѣчающихся на слизистой оболочкѣ червеобразнаго отростка недалеко отъ входного отверстія.

Въ нашемъ довольно многочисленномъ матеріалѣ мы нашли только въ *одномъ случаѣ* нѣчто подобное складкамъ Gerlachii и Nanningae, именно въ случаѣ № 274 (см. *таблицы величинъ и состоянія червеобразнаго отростка*) у 17-ти лѣтняго мальчика: на продольномъ разрѣзѣ червеобразнаго отростка замѣчается у его отверстія послѣдняго ясно выраженная, но не высокая и незакрывающая отверстія, складка (valv. Gerlachii) и ниже ея, уже въ полости отростка, вторая, тоже ясно выраженная складка — valv. Nanningae; объ складки вмѣстѣ походили на голосовыя связки съ Морганьевой ямкой межъ ними. Въ этомъ случаѣ, однако, отверстіе червеобразнаго отростка было очень широкое, пропускавшее кончикъ мизинца и складки даже нисколько не закрывали отверстія. Кромѣ того, въ этомъ случаѣ имѣлся брюшной тифъ, при которомъ слизистая червеобразнаго отростка также вовлекается въ процессъ, такъ что частичное набуханіе ея могло повести къ волнообразнымъ выступамъ.

Въ остальныхъ 282 случаяхъ мы *не находили ни той, ни другой складки*, какъ на сѣжихъ, такъ и на консервированныхъ препаратахъ.

Въ поискахъ за названными складками— мы замѣтили ту особенность, что слизистая оболочка слѣпой кишки при пустомъ, спавшемся ея состояніи, собираетъ въ круговыя концентрическія складки вокругъ отверстія червеобразнаго отростка; нѣкоторыя изъ складокъ весьма близко (на 0,5—1,0 снтм.) подходятъ къ отверстію и окружаютъ послѣднее почти непрерывнымъ, иногда очень высокимъ (1,0—1,5 снтм.) кольцомъ, такъ что совсѣмъ закрываютъ отверстіе (см. *примѣчанія таблицъ величинъ и состоянія червеобразнаго отростка*). Эти складки, однако, никакой роли, подобно приписываемой складкамъ Gerlach'а не играютъ, такъ какъ эти складки только временныя, исчезающія при наполненіи и растяженіи слѣпой кишки.

Строеніе стѣнокъ червеобразнаго отростка.

Стѣнки червеобразнаго отростка по своей структурѣ походятъ, хотя и не вполнѣ, на стѣнки толстыхъ кишекъ и состоятъ изъ слѣдующихъ слоевъ:

1. *Брюшинный* или *серозный* покровъ,
2. *Мышечный слой*, состоящаго изъ продольныхъ и круговыхъ волоконъ,
3. *Подслизистаго слоя* и
4. *Слизистой оболочки*.

Толщина отдѣльныхъ слоевъ, по измѣреніямъ проф. Barch'a слѣдующая:

1. *Серозный* и *подсерозный слой* . . . — 0,07 m. m.
2. *Мышечный*: продольный 0,35 m. m. } — 0,6 » »
   круговой . 0,25 » » }
3. *Подслизистый* . . . . . 0,8—1,1 » »
4. *Слизистый* . . . . . 0,2—0,7 » »

ad 1. *Серозный* покровъ состоитъ изъ соединительно-тканныхъ пучковъ и эластическихъ волоконъ и покрытъ эндотеліемъ.

При положеніи червеобразнаго отростка въ забрюшинной клѣтчаткѣ, онъ, конечно, лишенъ *брюшиннаго покрова*.

ad 2. *Продольный мышечный слой* червеобразнаго отростка является прямымъ продолженіемъ taeniae coli, сходящихся вмѣстѣ на червеобразномъ отросткѣ и окружающихъ его со всѣхъ сторонъ.

Существованіе *круговыхъ мышечныхъ волоконъ* въ червеобразномъ отросткѣ нѣкоторыми авторами (Augustin Flint[2]) отрицается. Однако, по изслѣдованіямъ большинства (Clado [3]), Gerold [4]) и др.) круговой мышечный слой развитъ даже болѣе мощно, чѣмъ продольный и состоитъ изъ сильныхъ мышечныхъ пучковъ съ незначительной соединительной тканью между ними. Кромѣ круговыхъ волоконъ Gerold различаетъ здѣсь еще спирально расположенныя волокна.

По изслѣдованіямъ же Hartley'я [5]) во внутреннемъ мышечномъ слоѣ среди циркулярно расположенныхъ фиброзныхъ волоконъ, мышечныхъ волоконъ имѣется немного, въ наружномъ же ихъ больше— въ видѣ продольныхъ, хорошо развитыхъ пучковъ среди фиброзныхъ пучковъ.

---

[1]) Приведено у Iverse n'a. Einige Bemerkungen über Appendicitis und deren Behandlung.—Deutsche medic. Wochenschr. № 1. 1891.

[2]) Augustin Flint. Text-book on Human Physiology.—New-York. 1888. цит по Fowler'y.

[3]) Clado. Appendice caecal.—Mém. de la soc. de biol. 1892.

[4]) Gerold. Untersuchungen über den Proc. vermif. des Menschen.—Inaug. Diss. München. 1891.

[5]) Denis's «System of surgery»—цит. по Binnie—Ann. of surgery. May. 1895

Lafforgue также не различаетъ отдѣльныхъ мышечныхъ слоевъ, считая ихъ за *одинъ слой*, состоящій изъ неправильно перепутанныхъ между собою круговыхъ и продольныхъ мышечныхъ пучковъ.

Parker Syms [1]) описываетъ одинъ случай, показывающій какою мышечною экспульсивною силою обладаетъ червеобразный отростокъ: при одной oophorectomi'и онъ по пути удалилъ очень длинный червеобразный отростокъ, но удаленіи отростокъ продолжалъ извиваться сильнѣе дождеваго червяка, пока наконецъ не была выталкнута изъ просвѣта отростка калоная масса.

ad 3. *Подслизистый слой*, состоящій изъ соединительной ткани, самый толстый, въ немъ заложены кровеносные и лимфатическіе сосуды.

ad 4. *Слизистая оболочка* червеобразнаго отростка покрыта цилиндрическимъ эпителіемъ, содержитъ трубчатыя железы и въ огромномъ количествѣ солитарные лимфатическіе *фолликулы*, что привело американскихъ авторовъ къ сравненію слизистой оболочки червеобразнаго отростка съ миндалевидными железами зѣва. Наибольшаго развитія эти фолликулы достигаютъ въ дѣтскомъ возрастѣ и удерживаютъ его въ юношескомъ, когда они въ видѣ кругловатыхъ кучекъ, въ ½—1 m. m. въ поперечникѣ, весьма тѣсно соприкасаются другъ съ другомъ и замѣтны даже невооруженому глазу, выдаваясь въ просвѣтъ червеобразнаго отростка въ видѣ небольшихъ возвышеній. Иногда они сливаются всѣ вмѣстѣ, образуя общую большую Пейерову бляшку. Lockwood [2]) насчитываетъ въ червеобразномъ отросткѣ въ 8,8 сити. данною отъ 150 до 200 лимфатическихъ узловъ.

Помимо фолликулъ сама слизистая, какъ и подслизистая, богата лимфоидными клѣтками, густо заложенными въ ней.

По изслѣдованію же Coffey [3]) солитарные фолликулы въ отличіе отъ остального кишечника расположены здѣсь не въ слизистой, а въ подслизистомъ слоѣ.

Съ 20-го — 30-го года жизни фолликулы начинаютъ уменьшаться въ объемѣ по всѣмъ измѣреніямъ, но особенно въ высотѣ, превращаясь изъ кругловатыхъ въ плоскіе, такъ что слизистая оболочка принимаетъ гладкую поверхность (Ribbert, Steiner, Kelynak [1]) и др.).

Брыжжейка червеобразнаго отростка (*Mesenteriolum s. Mesoappendix*). Выше мы говорили, что вслѣдствіе поворота первоначальной кишечной петли въ раннія періоды эмбріональной жизни образуется на лѣвой (resp. передне-верхней) пластинкѣ общей брыжжейки складка, идущая къ червеобразному отростку и образующая его *брыжжейку*.

Далеко не во всѣхъ случаяхъ, однако, длина брыжжейки соотвѣтствуетъ полной длинѣ червеобразнаго отростка, такъ не рѣдко она распространяется только на половину, двѣ трети или даже одну треть протяженія отростка, оставляя остальную часть свободной, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ брыжжейка даже совершенно отсутствуетъ. — Въ этихъ случаяхъ отростокъ имѣетъ *прямое* положеніе и легко перемѣщается съ мѣста на мѣсто. Изъ 200 нашихъ случаевъ, гдѣ отмѣчены формы отростка (въ 83 случаяхъ она не отмѣчена—см. *таблицы величины и состоянія червеобразнаго отростка*), въ 63 случаяхъ мы нашли червеобразный отростокъ *прямымъ* и въ 23 случаяхъ—*почти прямымъ*, т. е. въ 86 случаяхъ (въ 43%) брыжейка была развита весьма слабо. Bryant также въ 40% (въ 26 случаяхъ изъ 66) нашелъ червеобразный отростокъ «свободнымъ» («free»), т. е. наполовину и болѣе лишеннымъ брыжейки, а Fergusson нашелъ ее только въ 100 случаяхъ изъ 200.

На брыжжейкѣ обыкновенно отлагается *жиръ*, иногда въ обильномъ количествѣ и червеобразный отростокъ въ такихъ случаяхъ походитъ на appendix epiploica толстой кишки. Обильное или порядочное количество жира мы нашли въ 40% (въ 52 на 132; см. *таблицы величины и состоянія червеобразнаго отростка* и только 15% (въ 20 случ. изъ 132) жира на брыжжейкѣ не оказалось.

Отъ длины брыжжейки, подверженной различнымъ колебаніямъ, зависитъ *форма* и *положеніе* червеобразнаго отростка. Такъ, при недоразвитіи брыжжейки въ значительной степени, червеобразный отростокъ имѣетъ, какъ мы только что сказали, *прямую* или *почти прямую форму*; при меньшей степени недоразвитія брыжжейки, т. е. когда она простирается на всю длину до самой верхушки, но остается всетаки

[1]) Syms P. Trans. of the New-York surg. Soc. Dec. 13. 1892. — Ann. of surg. v. XVII № 2 p. 203. 1892.

[2]) Lockwood C. B. Note upon the lymphatics of the vermiform Appendix. Journ. of. Anat. V. XXXIV. 1899.

[3]) Coffey D. J. Histology of Human vermiform appendix.—Brit. med. Journ. July 15. 1899.

[1]) Kelynak.—A contribution to the pathology of the vermiform appendix.—London 1893.

короче отростка, она стягиваетъ его *дуговидно* и это есть наиболѣе частая форма—(у насъ она отмѣчена въ 76 случаяхъ на 200 т. е. въ 38%). При дальнѣйшемъ укороченіи брыжжейки, послѣдняя свертываетъ червеобразный отростокъ *въ завитокъ* (13 случаевъ) или *въ извилины* (7 случаевъ). При полномъ развитіи брыжжейки—въ длину и высоту, червеобразный отростокъ также принимаетъ прямую форму. Эти случаи встрѣчаются, однако, очень рѣдко. — При наличности *склеекъ* въ окружности червеобразнаго отростка, онѣ фиксируютъ его въ различныхъ положеніяхъ: — *сложеннымъ пополамъ, подъ прямымъ угломъ, крючковидно* и т. п.

У женщинъ отъ корня брыжжейки червеобразнаго отростка тянется къ правой широкой связкѣ *складка брюшины*, несущая лимфатическіе сосуды и иногда артерію, и названная Clado [1]) — *ligamentum appendiculo-ovaricum* — (подробности см. ниже).

Durand [2]) нашелъ будто бы и у мужчинъ аналогичную складку, несущую vasa spermatica.

«*Распредѣленіе кровеносныхъ сосудовъ слѣпой кишки и червеобразнаго отростка* оказывается по Таренецкому, Treves'у и Tuffier слѣдующимъ: *arteria ileo-colica*, подходя 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-coecal'наго соединенія и кончается на поверхности слѣпой кишки, покрывающая ее брюшина образуетъ складку — *plica ileo-coecalis ant.*; третья вѣтвь (*art. vermicularis*), болѣе сильная, чѣмъ вторая, идетъ параллельно ей по задней поверхности ileo-coecal'наго соединенія или ilei и на уровнѣ нижняго края этой послѣдней кишки или выше входитъ въ складку брюшины—mesenteriolum; направляясь вдоль свободнаго края этой складки, она отдаетъ вѣтви, идущія перпендикулярно къ червеобразному отростку». (цит. по Турнеру).

Таренецкій однажды нашелъ art. vermic. отходящею спереди отъ брыжжейки тонкой кишки, а Турнеръ видѣлъ такую аномалію два раза.

Если нѣтъ mesenteriolum, то артерія идетъ подъ брюшиннымъ покровомъ червеобразнаго отростка. Въ исключительныхъ случаяхъ она впадаетъ въ верхушку отростка, не отдавая до своего впаденія боковыхъ вѣтвей (Fowler).

[1]) Durand. Le ligament iléoovarien.—Progrès méd. № 27. 1895.

Кромѣ art. vermicularis червеобразный отростокъ снабжается кровью еще при помощи небольшихъ коллятеральныхъ вѣтвей, идущихъ со слѣпой кишки.

Лимфатическіе сосуды червеобразнаго отростка, образуя собою сѣть въ брыжжейкѣ червеобразнаго отростка, собираются въ лимфатической железѣ, заложенной по Clado въ углу между червеобразнымъ отросткомъ и слѣпой кишкой.

Иннервація червеобразнаго отростка происходитъ отъ Plexus mesentericus superior: именно, къ червеобразному отростку отходятъ вѣтви отъ нервнаго ствола, сопровождающаго art. ileo-colica.

Достойно вниманія, что верхнее брыжжеечное сплетеніе богато иннервируетъ тонкія кишки, откуда становится понятнымъ, почему боли при заболѣваніи червеобразнаго отростка распространяются такъ далеко по брюшной полости (Fowler).

Содержимое червеобразнаго отростка въ нормальномъ его состояніи довольно разнообразно, какъ показываютъ данныя нашихъ изслѣдованій по таблицѣ на стр. 82:

Изъ этой таблицы мы видимъ, что *пустымъ* червеобразный отростокъ встрѣчается рѣдко, именно только въ 5,4% (въ 15 сл. на 278 сл.). Другіе авторы даютъ, однако, иныя данныя касательно этого пункта: такъ, по Bryant'у [1]) червеобразный отростокъ встрѣчается пустымъ гораздо чаще, именно въ 1/3 всѣхъ случаевъ (на 136 случаевъ въ 39 случаяхъ), и Bryant считаетъ пустой просвѣтъ червеобразнаго отростка за нормальное его состояніе, относя даже слизь къ ненормальному содержимому. Намъ кажется, данныя Bryant'а не точны и вотъ почему: слизистая червеобразнаго отростка, какъ мы видѣли, хорошо развита и поэтому должна обла-

[1]) Bryant при своихъ изслѣдованіяхъ получилъ слѣдующіе результаты:
Изъ 82 случ. червеобразныхъ отростковъ *мужчинъ*:

въ 24 случ. червеобразный отростокъ былъ *совершенно пустъ*;
» 15 » » » содержалъ слизь;
» 5 » » » » слизь и каловыя массы;
» 30 » » » » каловыя массы;
» 3 » » » » гной и калъ;
» 1 » » » » газъ и слизь;
» 1 » » » » гной:

Изъ 34 червобразныхъ отростковъ *женщинъ*:

въ 15 случ. червеобразный отростокъ былъ *совершенно пустъ*;
» 19 » » » содержалъ или слизь, или калъ, или то и другое.

Инородныхъ тѣлъ имъ не обнаружено *ни разу*.

Возрасть:		От 10 до 20 л.	От 20 до 30 л.	От 30 до 40 л.	От 40 до 50 л.	От 50 до 60 л.	От 60 до 70 л.	От 70 и болѣе.	Неизвѣстно.	Всего.	
1. Пустой или почти пустой черв. отростокъ	муж.	3	3	1	—	—	3	—	—	10 сл.	15 сл.
	жен.	—	—	1	1	2	1	—	—	5 сл.	
2. Слѣды слизи.	муж.	11	2	3	9	3	2	3	—	33 сл.	35 сл.
	жен.	—	2	—	—	—	—	—	—	2 сл.	
3. Слизь.	муж.	5	6	7	5	9	3	1	2	38 сл.	52 сл.
	жен.	4	3	—	3	2	1	—	1	14 сл.	
4. Слизистый гной.	муж.	1	—	5	2	—	—	—	—	8 сл.	10 сл.
	жен.	2	—	—	—	—	—	—	—	2 сл.	
5. Гной.	муж.	2	—	—	—	—	—	—	—	2 сл.	4 сл.
	жен.	—	—	—	1	—	1	—	—	2 сл.	
6. Кровянистая слизь.	муж.	1	1	2	—	—	1	—	—	5 сл.	6 сл.
	жен.	1	—	—	—	—	—	—	—	1 сл.	
7. Слизь съ примѣсью кала.	муж.	5	5	6	3	1	2	—	3	25 сл.	33 сл.
	жен.	2	1	1	1	2	—	1	—	8 сл.	
8. Калъ.	муж.	7	4	6	3	4	—	1	1	26 сл.	31 сл.
	жен.	2	1	—	—	—	1	—	1	5 сл.	
9. Каловые камни.	муж.	3	2	3	5	—	1	—	1	12 сл.	22 сл.
	жен.	2	4	1	—	—	2	1	—	10 сл.	
10. Инородныя тѣла.	муж.	3	5	2	5	2	—	1	—	21 сл.	27 сл.
	жен.	—	—	3	2	—	—	1	—	6 сл.	
11. Запустѣлый просвѣтъ.	муж.	2	4	3	7	5	5	1	2	29 сл.	43 сл.
	жен.	—	2	1	4	5	1	1	—	14 сл.	
Всего .		–	56	45	45	51	35	24	11	11	278 случ. [1])

[1]) Въ 5 случаяхъ содержимое червеобразнаго отростка не отмѣчено.

дать хорошими секреторными свойствами; а какъ бы хорошо и скоро ни выталкивалась выдѣляемая слизь въ слѣпую кишку изъ просвѣта отростка, всетаки она должна встрѣчаться въ немъ очень часто. Даже соединивъ вмѣстѣ наши случаи съ пустымъ просвѣтомъ отростка со случаями съ слѣдами слизи въ немъ, мы все же получимъ по нашимъ даннымъ меньшій процентъ (50 сл. на 278 = 18%), чѣмъ приведенъ у Bryant'a для червеобразныхъ отростковъ съ *совершенно пустымъ* просвѣтомъ.—По даннымъ же Турнера [1]) червеобразный отростокъ пустымъ не отмѣченъ даже *ни разу*.

Считая присутствіе *слизи* въ просвѣтѣ червеобразнаго отростка за нормальное явленіе, мы имѣемъ по нашимъ даннымъ червеобразный отростокъ *съ нормальнымъ содержимымъ*—въ 102 сл. (15+35+52) т. е. въ 36,7% — немного болѣе $^1/_3$ всѣхъ случаевъ.

Въ 43 случ. червеобразный отростокъ имѣлъ просвѣтъ *зарощеннымъ*.

Въ остальныхъ же 133 случ. т. е. въ 47,8% червеобразный отростокъ имѣлъ *ненормальное содержимое*.

Данныя Bryant'a касательно этого пункта почти совпадаютъ съ нашими данными, именно ненормальное содержимое, не считая слизи, имъ отмѣчено въ 48,8% (въ 40 случ. на 82 случ. муж.). и довольно близко подходятъ къ даннымъ Турнера, у котораго ненормальное содержимое отмѣчено въ 39,6% (въ 42 сл. на 106 сл.).

Къ *ненормальному содержимому* нами отнесены: *слизистый гной* (или гнойная слизь), *гной*, *кровянистая слизь*, *слизь съ примѣсью кала*, *калъ*, *каловые камни* и *инородныя тѣла*.

Гной (слизистый гной или гнойная слизь) отмѣченъ нами въ 14 случаяхъ, которые представляютъ собою тѣ или другія *ненормальности*: такъ изъ этихъ 14 случаевъ въ случаѣ № 3 (см. *таблицы величины и состоянія червеобразнаго отростка*— гной) скопился

[1]) Изъ таблицъ Турнера мы собрали нижеслѣдующія данныя касательно содержимаго червеобразнаго отростка.

	отъ 14 до 30 л.	30 до 40 л.	40 до 50 л.	50 до 60 л.	60 до 70 л.	70 до 80 л.	Всего.
1. Слизь	3	8	13	12	11	8	55
2. Слизистый гной	2	1	2	—	1	—	6
3. Слизь съ примѣсью кала	5	6	—	3	3	—	17
4. Калъ (жидкій и твердый)	4	4	1	2	3	3	17
5. Инородныя тѣла	1	1	—	—	—	—	2
6. Запустѣлый просвѣтъ отростка . . .	—	—	3	—	—	6	9
Всего	15	20	19	17	18	17	106 сл.

въ колбовидномъ вздутіи, которое отъ слѣпой кишки было *зарощено*, на слизистой же имѣлись другъ противъ друга двѣ *язвы* въ 1,5 снтм. длиною. Въ случаѣ № 7—просвѣтъ червеобразнаго отростка былъ очень расширенъ и слизистая сильно инъецирована, утолщена и *разрыхлена* какъ бы покрыта *мелкими язвами*.

Въ случаѣ № 13 гнойная слизь скоплялась въ вздутой верхушкѣ, передъ которой имѣлось *сужденіе*.

Въ случаѣ № 18—имѣлся *брюшной тифъ* и слизистая червеобразнаго отростка представляла измѣненія, близкія къ брюшнотифознымъ слизистой кишечника.

Въ случаѣ №72—отверстіе червеобразнаго отростка было сужено.

Въ случаяхъ №№ 102 и 112 имѣлся *брюшной тифъ*—и слизистая, хотя и не была сильно измѣнена, но всетаки въ значительной степени *инъецирована* или *пигментирована*.

Въ случаѣ № 116—просвѣтъ червеобразнаго отростка былъ расширенъ, но у отверстія *весьма сужень* (имѣлся старый рубецъ), а со стороны слѣпой кишки *совершенно закрытъ* отечной слизистой оболочкой слѣпой кишки, такъ что содержимое отростка съ трудомъ продавливалось въ слѣпую кишку; слизистая отростка *инъецирована и разрыхлена и покрыта дифтеритическимъ налетомъ*.

Въ случаѣ № 172—мы имѣли настоящее *патологическое* измѣненіе—*эпіпему* червеобразнаго отростка: гнойное содержимое скопилось въ червеобразномъ отросткѣ вслѣдствіе закрытія его отверстія. Слизистая отростка гладкая, кожистая и только въ одномъ мѣстѣ на сторонѣ прикрѣпленія брыжжейки *шероховатая*. Сосуды брыжжейки въ этомъ мѣстѣ сильно налиты и тверды (какъ бы склерозированы), и сама брыжжейка здѣсь инфильтрирована и утолщена (0,4 — 0,5 снтм.); серозный же покровъ брыжжейки гладкій и блестящій.—Этотъ случай интересенъ между прочимъ и въ томъ отношеніи, что онъ можетъ служить *примѣромъ распространенія инфекціи изъ полости червеобразнаго отростка по ходу брыжжейки, по ея лимфатическимъ и кровеноснымъ путямъ, забрюшинно, хотя отростокъ лежитъ и внутрибрюшинно*.

Только въ случаяхъ №№ 73, 74, 80, 84 и 140 не обнаружено значительныхъ патологическихъ измѣненій, за исключеніемъ инъекціи слизистой или нѣкотораго расширенія просвѣта.

Кровянистая слизь обнаружена также въ не совсѣмъ здоровыхъ червеобразныхъ отросткахъ (въ 6 случаяхъ), такъ:

въ случаѣ № 1 имѣлся colitis fibrinosa, слизистая червеобразнаго отростка была инъецирована и разрыхлена, т. е. процессъ слизистой толстыхъ кишекъ распространился также и на слизистую червеобразнаго отростка.

Въ случаяхъ №№ 85 и 260 имѣлся *брюшной тифъ*, и изъ нихъ въ случаѣ № 85 характерныя брюшно-тифозныя измѣненія затронули и слизистую червеобразнаго отростка—именно здѣсь слизистая была необыкновенно утолщена (0,4 снтм.), *разрыхлена и поверхностно изъязвлена* на всемъ протяженіи отростка, а у основанія его, кромѣ того, имѣлась большая язва, непрерывно продолжавшаяся въ язву слѣпой кишки. Этотъ случай относился къ тяжелымъ брюшно-тифознымъ заболѣваніямъ съ локализаціей кишечныхъ измѣненій въ толстыхъ кишкахъ и въ частности въ слѣпой кишкѣ.

Въ случаѣ № 149 — слизистая червеобразнаго отростка была инъецирована и разрыхлена.

Только въ случаѣ № 210 и 242—не отмѣчено никакихъ замѣтныхъ измѣненій.

Слизь съ примѣсью кала обнаружена нами въ 33 *случаяхъ*, большею частью въ червеобразныхъ отросткахъ, отступающихъ отъ нормы: такъ въ 2 *случаяхъ* (№№ 9 и 266) имѣлось *вздутіе* въ верхушечной части, гдѣ и скопилось содержимое.

Въ 2-хъ случаяхъ (№№ 117 и 253) имѣлось *сужденіе* просвѣта, задерживавшее отдѣляемое, а кромѣ того въ случаѣ № 117 имѣлось у самой верхушки небольшая *язва*, а посреднѣ аспидно-пигментированное мѣсто, какъ бы отъ бывшей здѣсь *язвы*.

Въ 2 *случаяхъ* (№№ 14 и 176) имѣлось *вздутіе* отростка или *фиксація его склейками*, именно въ случаѣ № 14 имѣлось *вздутіе* на мѣстѣ скопленія содержимаго, а въ случаѣ № 176 отростокъ былъ согнутъ и фиксированъ *склейками* и слизистая сильно измѣнена.

Въ 1 *случаѣ* (№ 125) имѣлся *необычайно длинный червеобразный отростокъ* (въ 15 снтм.).

Въ 6 *случаяхъ* (№№ 112, 115, 194, 214, 251 и 257) имѣлся *брюшной тифъ*, и изъ этихъ случаевъ въ 2 случаяхъ (№№ 112 и 115) видно, что брюшно-тифозныя кишечныя измѣненія распространились и на слизистую червеобразнаго отростка, давъ *аспидную пигментацію*, или *инъекцію*, или *разрыхленіе*; а въ 2 случаяхъ (№№ 214 и 257) имѣлось кромѣ того *вздутіе*, гдѣ скопилось содержимое.

Въ 8 *случаяхъ* (№№ 77, 87, 95, 96, 98, 119, 123 и 143) слизистая отростка представляла различныя измѣненія: *инъекцію*,

пиментацію, атрофію по всему протяженію или на мѣстѣ скопленія содержимаго.

Въ остальныхъ 12 *случаяхъ* (№№ 19, 33, 36, 39, 43, 57, 155, 180, 224, 231, 278 и 280) у насъ не отмѣчено никакихъ измѣненій въ состояніи червеобразнаго отростка, но надо замѣтить, что всѣ эти случаи относятся къ случаямъ, изслѣдованнымъ нами въ консервированномъ состояніи, такъ что легкія измѣненія слизистой могли остаться незамѣченными.

Калъ, жидкій и густой, констатированъ нами въ 31 *случаѣ*, и въ большинствѣ изъ нихъ червеобразный отростокъ также представлялъ уклоненія отъ нормы, такъ въ 3 *случаяхъ* (№№ 47, 209 и 283) на мѣстѣ скопленія кала имѣлось *расширеніе просвѣта* и *атрофическія* измѣненія слизистой.

Въ 1 *случаѣ* (№ 71) отростокъ былъ фиксированъ въ *сопутомъ состояніи*.

Въ 3 *случаяхъ* (№№ 201, 221 и 226) имѣлся *entero-colitis* (№ 201), *colitis mucosa* (№ 221) и *gastro-enteritis* (№ 220), просвѣтъ отростка *былъ расширенъ*.

Въ 4 *случаяхъ* (№№ 63, 130, 178 и 274) имѣлся *брюшной тифъ* и кромѣ того въ случаяхъ №№ 63 и 130 *расширеніе* просвѣта на мѣстѣ скопленія кала, а въ случаѣ № 274 имѣлось *очень широкое отверстіе*.

Въ 8 *случаяхъ* (№№ 29, 110, 120, 122, 145, 146, 160 и 168) имѣлись легкія измѣненія слизистой отростка, въ видѣ *инъекціи, пиментаціи* или *атрофіи*.

Въ остальныхъ 12 *случаяхъ* (№№ 45, 54, 94, 106, 154, 157, 204, 222, 229, 252, 271 и 282) никакихъ измѣненій въ состояніи червеобразнаго отростка не отмѣчено, но надо замѣтить, что за исключеніемъ № 106, всѣ эти случаи изслѣдованы въ консервированномъ видѣ, такъ что легкія измѣненія слизистой могли исчезнуть.

Каловые камни найдены нами въ 22 *случаяхъ*.— *Величина* камней различная: отъ горчичнаго, просянаго или виноградного зерна до 2,0 сим. въ длину. *Консистенція* камней большею частью довольно твердая, но все же раздавливающаяся между пальцевъ (такъ называемые ложные камни, см. ниже). *Форма* камней большею частью была овальная, а также встрѣчалась круглая и цилиндрическая.

Въ этой группѣ взяты камни съ ядромъ изъ кала; камни же съ ядромъ изъ какого либо инороднаго тѣла, отнесены къ группѣ

инородныхъ тѣлъ. Также сюда не вошелъ случай № 79, гдѣ имѣлся небольшой камень, состоявшій изъ слизи.

Отступленія отъ нормы со стороны червеобразнаго отростка въ этой группѣ небольшія, исключая мѣстныхъ явленій, вызванныхъ присутствіемъ камней.

Въ 2 *случаяхъ* (№ 97 и 104) имѣлось *воронкообразное* основаніе отростка.

Въ 1 *случаѣ* (№ 23) просвѣтъ отростка *запустѣлъ*, сохранившись только въ верхушечной части, гдѣ и оказался камень.

Въ 3 *случаяхъ* (№№ 93, 101 и 126) червеобразный отростокъ былъ *согнутъ* подъ угломъ и фиксированъ *склейками*.

Въ остальныхъ 16 случаяхъ имѣлись только мѣстныя измѣненія.

Въ общемъ, *калъ*, въ видѣ каловыхъ камней, чистаго кала или съ примѣсью слизи, констатированъ нами въ червеобразномъ отросткѣ въ 86 случаяхъ; сюда же надо присоединить еще изъ нижелѣдующей группы «инородныхъ тѣлъ» 22 случая, гдѣ кромѣ инородныхъ тѣлъ содержимое состояло также изъ кала или каловыхъ тѣлъ содержимое состояло также изъ кала или каловыхъ камней; такимъ образомъ калъ найденъ нами въ 108 случаяхъ изъ 278 случаевъ, т. е. въ 38,8%. Даннымъ Bryant'a и Турнера также 278 случаевъ, т. е. въ 38,8%. Даннымъ Bryant'a калъ констатированъ нами—именно у Bryant'a калъ констатированъ нами—именно у Bryant'a калъ констатированъ нами—именно у

225 и 264) они найдены въ сообществѣ съ другими инородными тѣлами.—Такое обиліе мелкихъ фруктовыхъ сѣмячекъ въ червеобразныхъ отросткахъ объясняется лѣтнимъ временемъ, сезономъ фруктовъ, когда именно произведены были наши изслѣдованія.—Сѣмячки находились въ каждомъ отросткѣ вмѣстѣ съ каломъ по нѣсколько штукъ, до 10 и болѣе; иногда они образовали центръ каловыхъ камней, какъ напр., въ случаѣ № 210, гдѣ они залегали гнѣздами, а также и по одиночкѣ.

Въ *случаѣ* № 267 въ центрѣ каловыхъ камней кромѣ мелкихъ, фруктовыхъ сѣмячекъ найдено *просяное зерно*.

Въ *случаѣ* № 153 имѣлся каловой камень и въ центрѣ его *сѣмячко отъ груши*.

Въ *случаѣ* № 208 оказалось какое то неопредѣленное сѣмячко, похожее на *ржаное зерно*.

Довольно часто находились нами въ червеобразномъ отросткѣ *волоса*, именно въ 4 *случаяхъ* (№№ 66, 225, 264 и 270): въ случаѣ № 66 въ просвѣтѣ отростка оказалось много слизи, одинъ каловой камень и *множество коротких тонкихъ волосъ* (вѣроятно съ *головы*; — этотъ случай относится къ 34-лѣтней женщинѣ, которая, вѣроятно, имѣла привычку *скусывать волосы съ кончиковъ своихъ косъ*). Въ случаѣ № 225 червеобразный отростокъ имѣлъ весьма расширенный просвѣтъ (до 0,9 сантим. въ діаметрѣ) и былъ сплошь наполненъ каломъ, среди котораго находилось *много коротких волосъ*, вѣроятно, *скушенныхъ съ бороды или усовъ*; кромѣ того имѣлись 2 — 3 мелкихъ фруктовыхъ сѣмячка. Въ случаѣ № 270 просвѣтъ отростка также былъ очень широкій и нижняя половина наполнена каломъ, среди котораго находились *два волоса* (вѣроятно, изъ *бороды*), и наконецъ, въ случаѣ № 264— найдено кромѣ жидкаго кала — *два волоса* въ 2,0 сантм. *длиною*, вѣроятно *изъ бороды, одно сѣмячко* и *мягкая рыбная косточка* въ 1,6 сантм длиною.

Рыбныя косточки найдены нами, кромѣ того, еще въ *двухъ случаяхъ* (№№ 167 и 228). Въ *случаѣ* № 167 *рыбная косточка*, длиною въ 1,9 сантм., лежала среди слизи въ верхушечной части съ остріемъ обращеннымъ кверху; въ верхней части отростка вблизи основанія имѣлось порядочное скопленіе кала. Въ *случаѣ* № 228 толщина отростка была ниже нормы (0,5), но верхушечная часть расширена и здѣсь скопилось порядочное количество слизи, среди которой лежала *рыбная косточка* въ 1,0 сантм. длиною, оказавшаяся *позвонкомъ съ длинною остью* отъ мелкой рыбы.

Частые обитатели кишечника—*глисты*, попадають иногда и въ червеобразный отростокъ, такъ въ 2 *случаяхъ* (№ 118 и 232) найдены нами *личинки круглой глисты* и въ 1 *случаѣ* (№ 142) въ длиномъ (12,0 сантм.) червеобразномъ отросткѣ длинная *хрупкая глиста*—сложившаяся въ отростокъ пополамъ, какъ видно на рис. 25.

Въ 2 *случаяхъ* (№ 105 и 107) найдены нами осколки *яичной скорлупы*. Въ случаѣ № 105—просвѣтъ червеобразнаго отростка очень широкій и въ немъ большое количество жидкой гнойной слизи, каловыя крошки и небольшой кусокъ *яичной скорлупы*. Въ *случаѣ* № 107 червеобразный отростокъ очень длинный (14,0 сантм.), и просвѣтъ, хотя и запустѣлъ въ верхушечной части,



Рис. 25.

Вдоль вскрытый червеобразный отростокъ, въ немъ круглая глиста.

но за то на остальномъ протяженіи расширенъ, въ немъ жидкій калъ со множествомъ мелкихъ фруктовыхъ сѣмячекъ (земляничныхъ) и осколковъ *яичной скорлупы*.

Наконецъ въ 4 *случаяхъ* (№ № 233, 243, 258 и 262) природу инородныхъ тѣлъ не удалось опредѣлить; такъ, въ случаѣ № 233 — въ нижней колбовидно вздутой части червеобразнаго отростка среди слизи, смѣшанной съ каломъ, найдено множество какихъ то очень—плотныхъ, мелкихъ инородныхъ тѣлъ въ видѣ *крупнаго песка*. Въ случаѣ № 243 инородное тѣло, лежавшее въ верхушкѣ среди слизи, имѣло форму *хлѣбнаго зерна*. Въ случаѣ № 258 — инородное тѣло также лежало въ верхушечной

части среди слизи и имѣло форму *личинки круглой глисты*. Въ случаѣ № 262 мелкія инородныя тѣла неопредѣленной формы и природы лежали среди слизи и кала въ расширенномъ просвѣтѣ отростка.

Кромѣ часто встрѣчающихся въ полости червеобразнаго отростка мелкихъ фруктовыхъ сѣмячекъ и волосъ изъ бороды, головы или зубной щетки въ червеобразномъ отросткѣ, какъ случайно на вскрытіяхъ при незначительныхъ измѣненіяхъ его, такъ и при его заболѣваніяхъ, были находимы *самыя разнообразныя инородныя тѣла*, какъ то: болѣе крупныя плодовыя зерна: *виноградныя* (Biggs [1]) и др.), *финиковыя* (*M. Cornaz père* [2]) и др.), *дробинки* (Crouzet, [3]) Salzer und Reuling, [4]) Kayssler, [5]) Czerny-Heddaeus [6]) и др.), *иглы* (Langheldt, [7]) H. Schmidt [8]) и др.), *булавки* (Mestivier, Boussi [9]), Bell [10]), H. Schmidt [11]), Ashby [12]) Joffroy [13]) Colmer [14]), Friedeberg [15]), Southan [16]), Shoemaker [17]) и др.), *рыбьи косточки* (Tüngel, Lennander, [18]) *жемчужины* (Demme, [19]), *желчные камни* (Langheldt, Hallete, Fowler, Czerny-Heddaeus, Robson [20]) и др.), *щепки* (Riedel, Brenner и др.). (Niemeyer [21]) нашелъ даже *зубъ*, проглоченный при экстракціи, а Hellmont [1]) — *ключъ* въ 3 сятм. длиною.

Наконецъ, довольно часто находили въ червеобразномъ отросткѣ *глисты различныхъ родовъ и ихъ яйца*, такъ, Jadelot [2]) случайно на вскрытіи 13 лѣтн. мальчика нашелъ 4 *круглыя глисты* въ червеобразномъ отросткѣ. Въ случаѣ Fabera [2]) у $3^1/_2$ лѣтней дѣвочки *глиста* пробуравила (?) стѣнку червеобразнаго отростка; *P. — A. A.* [3]) также описываетъ 1 случай смерти, вызванной будто бы глистою, попавшей въ черв. отростокъ, а Buck [4]) описываетъ случай, гдѣ изъ перитифлитическаго гнойника отошла *круглая глиста*. Langebuch [5]) на вскрытіи мальчика, умершаго отъ дифтерита, нашелъ въ червеобразномъ отросткѣ глисту; при жизни были боли и прощупывался шнуровидный тяжъ у crista ilei. Hassler [6]) нашелъ необычайно длинную глисту въ червеобразномъ отросткѣ, при вскрытіи одного умершаго отъ крупозной пневмоніи, именно онъ нашелъ весьма длинный червеобразный отростокъ (*въ 22 сятм.*), сплошь выполненный круглой глистой, конецъ которой выдавался въ слѣпую кишку.

Israel [3]) и Davis [7]) нашли въ ампутированныхъ червеобразныхъ отросткахъ членики *ленточной* глисты.

Kraussold нашелъ въ совершенно здоровомъ червеобразномъ отросткѣ комокъ, состоявшій изъ 10 крючковъ *trichocephalus dispar*. Girard [8]) въ ампутированномъ червеобразномъ отросткѣ нашелъ 2 шт. *trichocephalus*.

Часто, повидимому, заползаютъ въ червеобразный отростокъ *острицы*: такъ Heller [9]) на вскрытіи 5-недѣльнаго ребенка нашелъ въ червеобразномъ отросткѣ множество *острицъ*, а Still [10]), производившій изслѣдованія кишечника дѣтей на острицъ, нашелъ

---

[1]) Biggs H. M. — A grape-seed in the vermiform appendix. — New-York Med. Rec. Jan. 25. 1890.

[2]) Cornaz M. père.—Revue méd. de la Suisse Romande p. 432. 1890.

[3]) Crouzet C. A.—Des perforations spontanées de l'appendice iléo-caecal. Thèse de Paris. 1865.

[4]) Salzer u. Reuling. Perityphlitis.—Deutsche Klinik. 1855.

[5]) Kayssler.—Fall von Paratyphlitis und Beckenabscess durch ein Schrotkorn verursscht. Perforation der Bauchwandungen und Heilung.—Deutsch. med. Wochenschr. 1877. № 22.

[6]) l. c.

[7]) l. c.

[8]) l. c.

[9]) Boussi R. France méd. XXV. p. 154. 1872.

[10]) Bell. J.—An appendix containing an ordinary pin as the exciting cause of a perforating appendicitis.—Montreal med. Journ. Vol. XXIII. № 4. 1894.

[11]) H. Schmidt. Münch. med. Wochenschrift 1892. crp. 388.

[12]) Ashby H.—A case of pyaemic abscess of the liver, secondary to an ulcer of the caecal appendix, resulting from impaction of a pin.—Lancet II. 1879.

[13]) Joffro.—Perforation de l'appendice iléo-caecal par une épingle.—Bull. de la soc. anat. de Paris. XLIV 1869.

[14]) Colmer.—Perforation of appendix caeci by a pin.—Lancet, March. 23. 1895.

[15]) Friedeberg. Centralbl. f. innere Medicin. 16 Mai. 1896.

[16]) l. c.

[17]) Shoemaker—A common pin in the vermiform appendix with secondary abscess of the liver.—Tr. Coll. Phys. Philda. XVI. 1892.

[18]) l. c.

[19]) Demme R. Perityphlitis durch Fremdkörper.—Wiener. med. Bl. № 52. 1884.

[20]) Robson M.—Münch. med. Wochenschr. p. 51. 1897.

[21]) Niemeyer. Specielle Pathol.

[1]) приведено у Rochaz. Des calcul. append.—Rev. méd. de la Suisse Rom. № 12. 1894.

[2]) приведено у Matter stock'a.

[3]) P. — A. A. Death caused by lumbricoides in the appendix vermif.—Transylvania med. Journ. I. 323. 1849—50.

[4]) Buck G.- Abscesses originating in the right iliac fossa.—New-York. 1874. Реф. въ Centralbl. f. chir. p. 267. 1875.

[5]) Langebuch. Verhandl. der fr. Verein der Chirurgen Berlins p. 65 1894.

[6]) Hassler. Journ. de méd. de Bordeaux 8 avr. 1900.

[7]) Davis. Proceedings of the pathological Soc. of Philad. March. 1900.

[8]) Girard.—Rôle des trichocéphales dans l'affection de l'appendice iléo-caecal. Ann. de l'Institut Pasteur. 7 oct. 1901.

[9]) Heller v. Ziemssen's Handbuch der Spec. Path. und Ther. Bd. VII. H. 2. p. 632. 1876.

[10]) Still G.—Observations on oxyuris vermicularis in children.—Brit. med. Journ. v. I. p. 898. 1899.

ихъ въ 38 случаяхъ на 200 вскрѣзанныхъ имъ случаевъ, при чемъ въ большинствѣ случаевъ острицы оказались и въ червеобразномъ отросткѣ, а въ 6 случаяхъ даже исключительно только въ послѣднемъ при отсутствіи ихъ въ остальномъ кишечникѣ.

Въ хирургически удаленныхъ червеобразныхъ отросткахъ острицы находимы были Franzier, [1]) Hausson'омъ [2]) Морковинымъ [3]) и др.

Въ дополненіе къ выше приводимымъ патологическимъ измѣненіямъ червеобразнаго отростка и его уклоненіямъ въ анатомическомъ строеніи отъ средняго типа, совпадающимъ съ непормальнымъ содержимымъ червеобразнаго отростка въ соотвѣтствующихъ случаяхъ, и въ цѣляхъ возможной систематизаціи ихъ, мы должны указать еще на нижеслѣдующія особенности:

Такъ. *размѣры* червеобразнаго отростка *остаются не безъ вліянія на характеръ содержимаго*, какъ видно изъ нижеслѣдующей таблицы:

	Средняя длина червеобр. отростка.	Средняя толщина червеобразн. отр.
1. Пустой просвѣтъ червеобр. отростка или со слѣдами слизи	7,9 снтм.	0,57 снтм.
2. Слизь.	7,9 »	0,57 »
3. Кровянистая слизь, гной, гнойная слизь.	8,6 »	0,61 »
4. Слизь съ примѣсью кала	9,0 »	0,55 »
5. Калъ.	9,3 »	0,62 »
6. Каловые камни.	8,6 »	0,60 »
7. Инородныя тѣла	9,4 »	0,62 »

Эта таблица наглядно показываетъ, что средняя длина и толщина червеобразнаго отростка съ непормальнымъ содержимымъ превосходитъ средніе размѣры отростка съ нормальнымъ содержимымъ.

Болѣе интересна, конечно, разница въ длинѣ, чѣмъ въ толщинѣ, такъ какъ послѣднюю можно принять также и за вторичное явленіе вслѣдствіе растяженія просвѣта отростка скопляющимся содержимымъ.—Разница въ длинѣ въ среднихъ размѣрахъ доходитъ,

[1]) Franzier.—Proceedings of the pathol. Soc. of Philad. March. 1900.
[2]) Hausson. Centralbl. für Chirurgie № 12. p. 348 1900.
[3]) Морковитинъ А. П. Processus vermicularis и oxyuris vermicularis.—Хирургія. Т. X. 1901

напр. между отростками съ инородными тѣлами и отростками съ нормальнымъ содержимымъ до *1,5 снтм.*

Отмѣтивъ это соотношеніе размѣровъ червеобразнаго отростка къ содержимому, Bryant указываетъ, что у *мужчинъ*, имѣющихъ болѣе длинный и толстый червеобразный отростокъ, чѣмъ *женщины*, чаще чѣмъ у послѣднихъ встрѣчается непормальное содержимое въ червеобразныхъ отросткахъ; именно, по его даннымъ, у мужчинъ непормальное содержимое червеобразнаго отростка встрѣчается въ 70% (или, считая слизь за нормальное содержимое – въ 52%), тогда какъ у женщинъ только въ 56% (или 35%).

Наши данныя, однако, не согласуются съ данными Bryanta и даже, напротивъ, по нашимъ даннымъ у мужчинъ непормальное содержимое встрѣчалось сравнительно рѣже (въ 99 случ. изъ 209—въ 47, 3%) чѣмъ, у женщинъ – (въ 34 случ. изъ 69—49%). Возможно, конечно, что у насъ имѣлись какія либо другія условія, замѣнившія соотношенія, такъ какъ изъ матеріала, приводимаго Турнеромъ также усматривается, что *у мужчинъ* непормальное содержимое встрѣчается чаще (въ 24 случ. на 58 т. е. въ 41,4%), чѣмъ *у женщинъ* (въ 12 случ. на 38 т. е. въ 31,6 %).

Та же самая разница замѣчается и *по возрастамъ*. Въ молодомъ возрастѣ, имѣющемъ наибольшіе размѣры червеобразнаго отростка, чаще встрѣчается въ послѣднемъ непормальное содержимое, какъ показываетъ нижеслѣдующая таблица:

Въ возрастѣ	10—20 л. на 56 случ.	непормальное содерж.	въ 31 случ.	т.-е. въ	55,5%
»	»	20—30 » » 45	»	»	23	»	» 51,1 »
»	»	30—40 » » 45	»	»	29	»	» 64,4 »
»	»	40—50 » » 45	»	»	22	»	» 48,8 »
»	»	50—60 » » 35	»	»	9	»	» 25,7 »
»	»	60 и стар. » 35	»	»	13	»	» 37,1 »

Изъ другихъ особенностей анатомическаго строенія червеобразнаго отростка, могущихъ имѣть отношеніе къ *его содержимому*, должно указать еще на *отверстіе* его со стороны слѣпой кишки. По первому впечатлѣнію казалось бы, что чѣмъ *шире отверстіе*, тѣмъ легче и чаще должно попадать въ него кишечное содержимое, но вѣдь, оно также легко и выводится изъ него, поэтому широкое отверстіе не является благопріятствующимъ моментомъ въ сказанномъ отношеніи, и, дѣйствительно, по нашимъ даннымъ на 25 случаевъ съ широкимъ или воронкообразнымъ отверстіемъ непормальное содержимое найдено только въ 12 случаяхъ (въ 48%) т. е. такъ же часто, какъ и при обычныхъ условіяхъ.

Скорѣе *сужение* отверстія способствуетъ скопленію ненормальнаго содержимаго въ червеобразномъ отросткѣ, ибо кишечное содержимое, попавъ изъ слѣпой кишки въ отростокъ съ бо́льшею силою, труднѣе выпадаетъ изъ него подъ вліяніемъ меньшей экспульсивной силы отростка; равнымъ образомъ черезъ суженное отверстіе происходитъ въ меньшемъ объемѣ опорожненіе выдѣляемаго слизистой отростка.—На 16 случаевъ, гдѣ мы отмѣтили суженіе отверстія, въ 10 случаяхъ т. е. въ 62,5%, мы нашли ненормальное содержимое отростка т. е. значительно чаще, чѣмъ при обычныхъ условіяхъ.

Концентрическія кольцевидныя *складки* слизистой слѣпой кишки вокругъ отверстія червеобразнаго отростка хотя и близко подходятъ къ нему и часто вилотчато закрываютъ отверстіе, не имѣютъ, однако, какъ о томъ говорилось еще выше, никакого вліянія на характеръ содержимаго отростка, какъ это можно заключить à priori по тому обстоятельству, что эти складки временныя, образующіяся только при порожнемъ состояніи слѣпой кишки. Конкретныя данныя, дѣйствительно, подтверждаютъ сказанное предположеніе: именно на 19 нашихъ случаевъ, гдѣ эти складки были особенно рельефно выражены, ненормальное содержимое обнаружено только въ 9 случ.т. е. въ 52%, почти что столь же часто, какъ и при обычныхъ условіяхъ.

Положеніе червеобразнаго отростка въ брюшной полости, повидимому, остается *не безъ вліянія на содержимое отростка*, и именно, *свободное* его положеніе болѣе способствуетъ проникновенію въ него ненормальнаго содержимаго, чѣмъ несвободное: *заднее* или *забрюшинное*. Такъ по нашимъ даннымъ оказывается, что:

1) При *свободномъ* положеніи червеобразнаго отростка въ брюшной полости среди петель кишекъ ненормальное содержимое отростка обнаружено въ 59,3% (изъ 27 случ.—въ 12).

2) При положеніи червеобразнаго отростка въ полости малаго таза (тоже при свободномъ положеніи отростка) ненормальное содержимое найдено въ 55% (изъ 20 случ.—въ 11).

3) При положеніи же червеобразнаго *позади* слѣпой или толстой кишки или *забрюшинно* ненормальное содержимое обнаружено въ 46,1% (изъ 42 случ.—въ 20).

Какое значеніе имѣютъ *склейки*, фиксирующія отростокъ, по нашимъ даннымъ не удалось выяснить, такъ какъ большинство отростковъ оказалось съ *запустѣвшимъ* просвѣтомъ: именно, изъ 19 случаевъ, гдѣ имѣлись склейки, въ 11 случ. просвѣтъ отростка былъ запустѣлый, въ 3 случаяхъ была слизь или просвѣтъ былъ пустой и только въ 5 случ. имѣлось ненормальное содержимое.

Интересныя данныя представляетъ нашъ матеріалъ касательно вліянія *кишечныхъ заболѣваній* на содержимое червеобразнаго отростка. Какъ и надо ожидать, данныя эти показываютъ, что кишечныя заболѣванія благопріятствуютъ проникновенію ненормальнаго содержимаго въ просвѣтъ червеобразнаго отростка. Всего мы имѣли 41 случай (9 случаевъ colitis и enteritis и 32 случая typhus abd.), и изъ нихъ въ 24 случ., т. е. 60% (выше обычной нормы) обнаружено ненормальное содержимое. Чаще всего встрѣчался *калъ*, но также нерѣдко *гной* и *кровянистая слизь*, а въ одномъ случаѣ (№ 93) помимо кала въ червеобразный отростокъ проникла даже *кровь* при брюшно-тифозномъ кишечномъ кровотеченіи.

Остается еще упомянуть объ одномъ важномъ въ теоретическомъ и практическомъ отношеніи состояніи червеобразнаго отростка—это о *запустѣніи* или *зарощеніи* (*облитераціи его просвѣта*).

Запустѣніе просвѣта бываетъ *частичное* и *полное* на всемъ протяженіи червеобразнаго отростка и встрѣчается довольно часто, какъ показываетъ нижеслѣдующая таблица:

ВОЗРАСТЪ.	У женщинъ.			У мужчинъ.			ВСЕГО.		
	Число женщинъ данн. возраста.	Частичное запустѣніе.	Полное запустѣніе.	Число мужчинъ данн. возраста.	Частичное запустѣніе.	Полное запустѣніе.	Общее число для возраст.	Общее число запустѣвш.	% отношеніе.
Отъ 10 до 20 . . .	12	—	—	46	1	1	58	2	3,4%
» 21 » 30 . . .	12	3	1	32	4	3	44	11	25 »
» 31 » 40 . . .	9	2	1	39	5	2	48	10	20,8 »
» 41 » 50 . .	12	5	2	38	4	4	50	15	30 »
» 51 » 60 . . .	14	2	5	26	5	3	40	15	37,5 »
» 61 и старше .	8	2	2	24	10	3	32	17	53 »
Неопредѣл. возр.	2	1	—	9	1	1	11	3	—
Всего .	69	15	11	214	30	17	283	73	25,89%

Изъ этой таблицы мы видимъ, что запустѣніе червеобразныхъ отростковъ встрѣчается въ $^1/_4$ всѣхъ случаевъ (25,8%). Такія же данныя приводитъ Ribbert, Zuckerkandl [1]) и Sudsuki, а именно, у перваго на 400 случаевъ въ 99 случ. было запустѣніе просвѣта, т. е. въ 25%, а у второго на 232 случая запустѣвшихъ отростковъ было 55 т. е. въ 23,7%; у третьяго на 500 случаевъ полное или частичное запустѣніе отмѣчено въ 113 случ. т. е. въ 22,6%.—Частичное запустѣніе встрѣчается чаще полнаго, такъ у насъ изъ 73 случ. частичное было въ 45 случ., у Ribbert'а изъ 99 случ.— въ 67 случ.

Съ теченіемъ *возраста* запустѣніе просвѣта червеобразнаго отростка, какъ наглядно видно изъ таблицы, наблюдается чаще и чаще: такъ въ возрастѣ до 20 лѣтъ оно наблюдается только въ 3,4%, тогда какъ въ возрастѣ свыше 60 лѣтъ уже въ 53%.

У женщинъ по нашимъ даннымъ запустѣніе отмѣчено чаще, чѣмъ у мужчинъ, но надо замѣтить, что у насъ женщинъ въ болѣе пожиломъ возрастѣ сравнительно больше, чѣмъ мужчинъ въ томъ же возрастѣ, почему по нашимъ даннымъ и оказалось, что у женщинъ запустѣніе червеобразнаго отростка встрѣчается чаще.

Объясненіе процесса облитераціи просвѣта червеобразнаго отростка вызвало горячій споръ между авторами, изучавшими этотъ процессъ. Одни изъ нихъ (Steiner [2]), Wölfler, Ribbert, Sudsuki, Zuckerkandl и др.) разсматриваютъ это явленіе, какъ *инволюціонный процессъ* въ лишенномъ всякой функціональной дѣятельности отдѣлѣ кишечника (т. е. въ червеобразномъ отросткѣ), тогда какъ другіе и по преимуществу американцы (Bierhoff [3]) Fitz [4]), Senn [5]), Binnie [6]), Letulle et Weinberg [7]) и др.) видятъ въ немъ послѣдствіе воспалительныхъ процессовъ.

Основанія, приводимыя защитниками *инволюціонаго процесса*, нижеслѣдующія:

---

[1]) Zuckerkandl— Ueber die Obliteration des Wurmfortsatzes bei Menschen. Anat. Hefte. Wiesb. 1894.

[2]) Bierhoff. Beiträge zu den Krankheiten des Proc. vermif. — Deutsch. Arch. f. klin. Med. XXVII 1880—1881.

[3]) Fitz. Perforating inflammation of the vermiform appendix; with spec. reference to its early diagnosis and treatment.—Amer. Journ. of the med. Scien. 1886.

[5]) Senn.—Appendicitis obliterans. Read before the Chicago Academy of med.— Journ. of the Amer. med. Assoc. 1894.

[6]) Binnie J. S.—Contribution to te study of appendicitis obliterans. — Annals of surgery. May. 1898.

[7]) Letulle et Weinberg.—Appendicite oblitérante.—Bull. de la soc. anat. 11 oct. 1897.

1) Отсутствіе всѣхъ признаковъ, указывающихъ на предшествовавшіе воспалительные процессы какъ со стороны слизистой, такъ и другихъ слоевъ и брюшиннаго покрова червеобразнаго отростка [1]), и, наоборотъ, присутствіе признаковъ регрессивной метаморфозы, совершающейся такимъ образомъ, что послѣ атрофіи слизистой оболочки и потери ею железъ и эпителія, поверхности ея соприкасаются и слипаются, железистая ткань исчезаетъ, а оставшаяся соединительная ткань слизистой и подслизистой сморщивается.

2) Весьма частое, даже почти постоянное начало процесса запустѣнія просвѣта съ дистальнаго конца отростка, а не на любомъ протяженіи, что можно было бы ожидать при воспалительныхъ процессахъ.

3) Увеличеніе числа запустѣвшихъ червеобразныхъ отростковъ съ увеличеніемъ возраста, какъ о томъ уже говорилось выше (см. стр. 95).

4) Обратное отношеніе между длиною червеобразнаго отростка и запустѣніемъ его просвѣта, т. е. чѣмъ короче червеобразный отростокъ, тѣмъ онъ чаще подпадаетъ запустѣнію: такъ, Ribbert приводитъ изъ своего матеріала слѣдующія данныя касательно этого пункта:

При	длинѣ	черв.	отр.	въ	10	снтм.	запуст.	констатир.	въ 34%
»	»	»	»	»	9	»	»	»	» 18 »
»	»	»	»	»	8	»	»	»	» 32 »
»	»	»	»	»	7	»	»	»	» 40 »
»	»	»	»	»	6	»	»	»	» 30 »
»	»	»	»	»	5	»	»	»	» 70 »
»	»	»	»	»	4	»	»	»	» 60 »
»	»	»	»	»	3	»	»	»	» 100 »

Наши данныя также подтверждаютъ это положеніе:

При	длинѣ	черв.	отр.	8	— 15	снтм.	запуст.	найдено	въ 7,2%
»	»	»	»	7,0	— 80	»	»	»	» 21 »
»	»	»	»	6,0	— 70	»	»	»	» 36 »
»	»	»	»	5,0	— 60	»	»	»	» 53,3 »
»	»	»	»	3,0	—5,0	»	»	»	» 82,5 »
»	»	»	»	1,0	—3,0	»	»	»	» 75 »

[1]) Изъ нашихъ 73 случ. съ запустѣвшими червеобразными отростками въ 17 случаяхъ имѣлись значительныя склейки вокругъ отростка.

Представители противоположнаго взгляда приводятъ причины *воспалительнаго характера*, ведущія къ зарощенію просвѣта. Такъ Senn указываетъ на:

1) Разрушеніе слизистой язвенными процессами,

2) Инфильтрацію, утолщеніе и сокращеніе мышечнаго слоя и

3) Рубцовое сокращеніе экссудата въ серозномъ покровѣ.

Затѣмъ по его мнѣнію appendicitis obliterans характеризуется *прогрессивной* облитераціей просвѣта червеобразнаго отростка, исчезновеніемъ эпителіальнаго слоя и железистой ткани, развитіемъ *грануляціонной* ткани, переходящей въ соединительную ткань, *рубцовымъ сокращеніемъ* съ исчезновеніемъ остатковъ железистой ткани и конечнымъ результатомъ *запустѣніемъ* просвѣта.

По мнѣнію Senn'a *патологическій процессъ* начинается или въ слизистой червеобразнаго отростка, или, какъ интерстиціальный процессъ, вслѣдствіе *инфекціи*, черезъ лимфатическіе пути.

Binnie, детально изучившій микроскопически *appendicitis obliterans*, различаетъ 4 типа его:

1-й типъ,—экссудативная форма. Просвѣтъ червеобразнаго отростка выполненъ свертками фибрина, слизистая инфильтрирована круглыми клѣтками, железъ мало. Тамъ и сямъ слизистая отсутствуетъ. Наружная часть фибриознаго свертка также инфильтрирована круглыми клѣтками и незамѣтно переходитъ въ слизистую. Muscularis mucosae инфильтрированъ круглыми клѣтками. Submucosa пропитана и содержитъ многочисленные сосуды. Стѣнки сосудовъ утолщены. Круговой и продольный мышечные слои ясно выражены. Перитонеальный слой сильно пропитанъ и инъецированъ.

Въ дальнѣйшихъ стадіяхъ фибриновый сверотокъ организуется на подобіе кровянаго сгустка, грануляціонная ткань переходитъ въ рубцевую, червеобразный отростокъ превращается въ тяжъ безъ просвѣта.

Эта форма аппендицита аналогична пластическому плевриту, ведущему къ склеиванію обоихъ листковъ плевры.

2-ой типъ,—характеризующійся гиперплязіей и склерозомъ слизистой. При этой формѣ главную активную роль играетъ mucosa. Серозный, мышечный и подслизистый слои могутъ не принимать участія. Въ слизистой развивается грануляціонная ткань между отдѣльными железами и постепенно выполняетъ просвѣтъ.

3-ій типъ, характеризующійся гипертрофіей подслизистаго и мышечнаго слоевъ. Здѣсь процессъ совершается *въ подслизистомъ и мышечномъ слояхъ*. Перитонеальный слой въ большинствѣ случаевъ принимаетъ также участіе. Въ раннихъ стадіяхъ мышечный слой утолщается, благодаря гипертрофіи мышечныхъ элементовъ; подслизистый слой получаетъ больше фиброзной ткани въ периферическихъ частяхъ, а ближе къ слизистой—клѣточную и молодую ткань (грануляціонную). Весь подслизистый слой очень утолщенъ и содержитъ много сосудовъ, обнаруживающихъ endarteritis и periarteritis.

Просвѣтъ червеобразнаго отростка уменьшенъ, но сохраняетъ свой эпителіальный покровъ. Слизистая хорошо снабжена мукозными и солитарными железами. Аденоидная ткань обильная.

Въ позднѣйшихъ стадіяхъ просвѣтъ весьма сужень, но продолжаетъ сохранять эпителіальный покровъ, трубчатыя железы отсутствуютъ, а также солитарныя, хотя аденоидная ткань обильно развита. Подслизистый слой переходитъ въ фиброзную ткань. Мышечный же и перитонеальный слои въ томъ же видѣ, какъ въ раннихъ стадіяхъ.

4-й типъ—репаративная форма («*a reparative variety*»)—Въ червеобразномъ отросткѣ, подобно тому, какъ во всякой другой части кишечника, бываютъ *язвы*, послѣ которыхъ остаются рубцы, суживающіе просвѣтъ, а при обширныхъ язвахъ совершенно закрывающіе его.

Въ заключеніе Binnie даетъ слѣдующіе выводы:

1) Полное закрытіе просвѣта при всѣхъ формахъ append. oblit. бываетъ рѣдко.

2) При всѣхъ формахъ можетъ быть мѣстный перитонитъ.

3) Endarteritis и periarteritis почти постоянное явленіе при appendicitis obliterans и

4) Червеобразный отростокъ въ здоровомъ состояніи имѣетъ ясный мышечный слой, а въ больномъ—мышечный слой часто гипертрофированъ.

Глава V.

Патологическая анатомія заболѣваній червеобразнаго отростка.

Начальныя стадіи заболѣваній червеобразнаго отростка впервые стали извѣстны благодаря раннимъ операціямъ, произведеннымъ прежде другихъ и притомъ въ громадномъ количествѣ американскими и

англійскими хирургами. До того времени патолого-анатомическія измѣненія червеобразнаго отростка изучались почти исключительно на матеріалѣ, добываемомъ на секціонномъ столѣ, т. е. на матеріалѣ, полученномъ отъ тяжелыхъ случаевъ съ далеко зашедшими стадіями патологическаго процесса. Если же дѣлались какія либо заключенія о первичныхъ стадіяхъ, то только путемъ дедукціи. Такъ напр. Rokitansky еще въ 1842 г. говоритъ, какъ мы видѣли, о *катарральномъ воспаленіи* червеобразнаго отростка. Однако, въ этой начальной формѣ заболѣванія имъ не было произведено непосредственныхъ изслѣдованій, а сдѣлано чисто теоретическое предположеніе, по аналогіи съ измѣненіями стѣнокъ слѣпой кишки при typhilitis stercoralis, представленіе о каковыхъ составлено также умозрительно и каковыя, на самомъ дѣлѣ, не были подтверждены ни тогда, ни послѣ фактическими данными.

Только съ производствомъ раннихъ операцій на второй, третій день болѣзни, дана была возможность реально сопоставить клиническія явленія съ патолого-анатомическими измѣненіями червеобразнаго отростка, вызывающими первыя.

Начальная стадія заболѣванія червеобразнаго отростка есть *катарральное состояніе его стѣнокъ*—которое можетъ продолжаться или кратковременно, остро—*Appendicitis s. Endoappendicitis s. Skolicoiditis* [1]) *s. Scolecitis* [2]) *s. Apophysitis* [3]) *s. Prosphysitis* [4]) *s. Epityphlitis* [5]) *catarrhalis acuta* [6]), или *хронически* (*appendicitis catarrhalis chronica*).

Измѣненія стѣнокъ червеобразнаго отростка при *остромъ воспаленіи* ихъ такія же, какъ и при остромъ катаррѣ другихъ отдѣловъ кишечника. Макроскопически слизистая представляется инъецированной, набухшей, разрыхленной, поверхность ея покрыта клейкой слизью. Воспалительный процессъ можетъ ограничиться только одной слизистой, а именно въ самыхъ легчайшихъ случаяхъ, проходящихъ весьма быстро — въ такъ называемыхъ случаяхъ аппендикулярныхъ колико—*les coliques appendiculaires*. Въ остальныхъ же случаяхъ воспалительный процессъ распространяется и на другіе слои стѣнокъ отростка (*Appendicite pariétale*, по выраженію Talamon'a [1]). Siegel [2]) же наоборотъ настаиваетъ на томъ, что воспалительный процессъ можетъ ограничиться одной слизистой не въ однихъ только кратковременныхъ случаяхъ, такъ какъ ему приходилось наблюдать макроскопически и макроскопическія признаки катаррa слизистой, вызывавшаго вслѣдствіе растяженія стѣнокъ отростка болѣзненные припадки въ теченіе очень продолжительнаго времени.

Микроскопическія измѣненія при катарральной формѣ наблюдаются слѣдующія: слизистая значительно утолщена—вдвое и болѣе, эпителіальныя клѣтки ея поверхности обнаруживаютъ въ большей или меньшей степени признаки десквамаціи, набуханія съ образованіемъ вакуолъ. Просвѣты либеркюновыхъ железъ набиты круглыми клѣтками, фолликулы мало измѣнены, но межуточная ткань между ними густо инфильтрирована мелкими круглыми клѣтками, сосуды слизистой и подслизистой расширены. Мелкоклѣточная инфильтрація распространяется на подслизистый, мышечный и подсерозный слои.

По изслѣдованіямъ же Siredey et le Roy [3]), Pilliet [4]), Letulle'я et Weinberg'а [5]) и Bruns'а [6]), участіе *фолликуловъ* бываетъ весьма раннее и играетъ значительную роль въ дальнѣйшемъ воспаленіи, такъ что Siredey et le Roy называютъ послѣднее—*folliculitis*, а Pilliet—*appendicitis follicularis*.)

Вслѣдствіе набуханія слизистой оболочки, просвѣтъ червеобразнаго отростка въ самомъ узкомъ мѣстѣ, именно у мѣста отхожденія (y valvula Gerlachii), можетъ закрыться, что ведетъ къ скопленію секрета, отдѣляемаго слизистой въ увеличенномъ количествѣ, и поэтому—къ расширенію просвѣта, лежащаго къ пери-

[1]) Терминъ *Skolicoiditis* недавно предложенъ Nothnagel'емъ, такъ какъ червеобразный отростокъ по гречески называется σκωληκοειδὴς ἀπόφυσις (σκώληξ — червякъ).

[2]) Предложенъ Benedict'омъ. (Med. Rec. I. p. 110. 1900) на подобіе saepringitis вмѣсто salpingitis.

[3]) Терминъ *Apophysitis* (ἀπόφυσις придатокъ), предложенный Roux, не привился.

[4]) Предложенъ Guinard'омъ. (La sem. méd. № 58, 1898)—отъ слова πρόσφυσις—отростокъ.

[5]) Терминъ *Epityphlitis* предложенъ въ самое недавнее время Küster'омъ. (Centralblatt für Chirurgie 1898, 229, № 50).

[6]) Кромѣ перечисленныхъ терминовъ предложены еще *ecphyaditis, helmintholith* и *vermicelitis*.—Изъ всѣхъ перечисленныхъ терминовъ пальма первенства, по его распространенности—принадлежитъ первому термину *«appendicitis»*, и, вѣроятно, будетъ принадлежать долго, хотя онъ этимологически и неправильно образованъ.

[1]) Talamon—Appendicite et Pérityphlite—Paris, 1892. Есть русскій переводъ.

[2]) Siegel.—Die Appendicitis und ihre Komplicationen.—Mitteil. aus der. Grenzgeb. d. Med. und Chir. Bd. I. 1896.

[3]) Siredey et le Roy. Soc. méd. des Hôp. janv. 1897.

[4]) Pilliet.—Etude histologique sur variété de l'appendicite folliculaire.—La presse méd. 1898.

[5]) Letulle et Weinberg. Histologie pathologique des appendicites.—La presse méd. 1897.

[6]) Letulle et Bruns. Lésions histologiques de l'appendicite.—La presse méd. 1897.

ферiи отъ мѣста препятствiя. Закрытiе просвѣта отростка возможно не только у устья, но и на протяженiи, вслѣдствiе перегиба отростка или же закупорки сверткомъ слизи или каловымъ камнемъ.

Червеобразный отростокъ въ такомъ состоянiи, вслѣдствiе набуханiя его стѣнокъ и скопленiя секрета, представляется утолщеннымъ до величины мизинца или указательнаго пальца, упругимъ, какъ бы въ состоянiи эрекцiи (en érection по Talamon'у). Содержимое его— вонючая клейкая сѣроватая или желтоватая слизь, иногда съ примѣсью жидкаго кала или мелкихъ крошекъ его.

Смотря по роду бактерiй, попавшихъ въ просвѣтъ червеобразнаго отростка и нашедшихъ здѣсь благопрiятную почву для своего развитiя и размноженiя вслѣдствiе застоя отдѣляемаго, и смотря по большей или меньшей ихъ вирулентности, воспаленiе можетъ увеличиться въ своей интенсивности, перейдя въ гнойную форму— *appendicitis purulenta s. suppurativa*, при каковой нагноенiе начинается въ фолликулахъ («folliculite suppurée» Letulle'a), которые подвадаютъ распаденiю и гной изливается въ просвѣтъ отростка, отчего содержимое его пробрѣтаетъ слизисто-гнойный или чисто-гнойный характеръ; или же появляются въ стѣнкѣ отростка множественныя мелкiя геморрагiи, именно въ центрахъ фолликуловъ, съ кровоизлiянiемъ въ просвѣтъ червеобразнаго отростка, отчего содержимое его окрашивается въ кровянистый, грязно-красный цвѣтъ (*appendicitis haemorrhagica*).

Само собой разумѣется, что всѣ эти формы могутъ одновременно комбинироваться въ различныхъ пропорцiяхъ.

При благопрiятныхъ къ тому условiяхъ воспалительный процессъ, принявшiй ту или другую форму, можетъ принять обратное теченiе. Препятствiе, мѣшавшее опорожненiю въ слѣпую кишку секрета слизистой отростка и тѣмъ способствовавшее размноженiю бактерiй, устраняется или тѣмъ, что набуханiе слизистой спадаетъ, или каловой камень или свертокъ слизи выталкивается въ слѣпую кишку, или же оно преодолѣвается напоромъ скопившагося содержимаго и дѣятельнымъ мышцъ отростка. Какъ только содержимое отростка изливается въ слѣпую кишку, признаки воспаленiя одинъ за другимъ исчезаютъ и процессъ заканчивается restitutione ad integrum.

При отсутствiи же этихъ благопрiятныхъ условiй воспалительный процессъ можетъ прогрессировать, сохраняя острый характеръ, или же принять хроническое теченiе. Sonnenburg

и мн. др. считаютъ даже, что разъ воспаленiе коснулось червеобразнаго отростка, никогда уже больше не достигается restitutio ad integrum его, а наоборотъ онъ какъ бы пробрѣтаетъ характеръ loci minoris resistentiae: отъ бывшаго воспалительнаго процесса всегда остаются слѣды его, которые благодаря анатомическимъ особенностямъ отростка являются благопрiятными условiями для вспышекъ новаго воспалительнаго процесса.— Намъ, однако, не представляется невозможнымъ полное восстановленiе нормальнаго состоянiя послѣ бывшаго воспалительнаго процесса, если только послѣдняй не принялъ ниже излагаемаго деструктивнаго характера.

Appendicitis catarrhalis chronica можетъ развиться или изъ предшествовавшей острой стадiи или же имѣть такое теченiе съ самаго начала, часто появляясь одновременно съ хроническимъ катарромъ слѣпой кишки.

Червеобразный отростокъ при хроническомъ воспаленiи его, или иначе проявляющемся въ формѣ рецидивирующаго или хроническаго перитифлита, представляется утолщеннымъ, плотнымъ на ощупь, иногда съ серознымъ покровомъ, покрытымъ фибринозными пленками, которыя часто фиксируютъ отростокъ въ ненормальномъ положенiи. Слизистая его утолщена, но можетъ имѣть и гладкiй, здоровый видъ, а воспалительный процессъ сосредоточивается въ такихъ случаяхъ главнымъ образомъ въ подслизистомъ слоѣ (Talamon).

Микроскопически мы видимъ также какъ и при острой формѣ мелкоклѣточную инфильтрацiю всѣхъ или нѣкоторыхъ слоевъ и, помимо того, развитiе грануляцiонной фиброзной ткани въ большей или меньшей степени. Фолликулы также претерпѣваютъ значительныя измѣненiя, именно, гипертрофическiя и гиперпластическiя. Кровеносные сосуды расширены, adventitia ихъ мелко-клѣточно инфильтрована. Наибольшаго развитiя фиброзная ткань достигаетъ въ подслизистомъ слоѣ. Мышечный слой, именно круговой, обнаруживаетъ признаки гипертрофiи, иногда весьма значительной, а иногда мышечный слой бываетъ пронизанъ слоями фиброзной ткани или скопленiями круглыхъ клѣтокъ и мышечныя волокна тогда утрачиваютъ правильное расположенiе. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ отдѣльные слои теряютъ свой отличительный видъ другъ отъ друга, сливаясь вмѣстѣ благодаря обильному развитiю въ нихъ грануляцiонныхъ и фиброзныхъ элементовъ.

Насколько измѣняется толщина отдѣльныхъ слоевъ, показываютъ измѣренiя Barch'a, произведенныя имъ надъ червеобразными

отростками, ампутированными Iversen'омъ по поводу рецидивирующаго перитифлита:

	Нормал.	Хроническое воспаленіе. 1 случ.	2 случ.
Слизистая	0,20 — 0,40 мим.	0,5 — 1,0 мим.	0,6 — 1,3 мим.
Подслизистая	0,80 — 1,10 »	1,0 — 2,0 »	0,5 — 3,0 »
Мышечный слой { круговой	0,25 } 0,6	0,9 } 1,5	1,2 } 2,0
Мышечный слой { продольный	0,35 }	0,6 }	0,8 }
Подсерозный и серозный	0,07 — — »	— 0,3 »	— 0,5

Если слизистый, подслизистый, серозный и подсерозный слои утолщаются вслѣдствіе развитія въ нихъ фиброзной ткани и пропитыванія лейкоцитами, то мышечный слой по Iversen'y и Kümmel'ю утолщается вслѣдствіе активной гипертрофіи. Помимо постояннаго раздраженія, въ какомъ находится мышечный слой, удаляя секретъ, скопляющійся въ червеобразномъ отросткѣ въ увеличенномъ количествѣ вслѣдствіе воспалительнаго состоянія слизистой, сплошь и рядомъ для опоровженія отростка требуется преодолѣніе того или другого препятствія, поэтому то наибольшей степени гипертрофіи достигаетъ круговой мышечный слой.

Уже при простой катарральной формѣ воспаленія слизистая можетъ лишиться эпителіальнаго покрова на большемъ или меньшемъ протяженіи вслѣдствіе дегенеративныхъ измѣненій его клѣтокъ подъ вліяніемъ ли токсическаго дѣйствія бактерій, или вслѣдствіе давленія конкрементовъ, или вслѣдствіе кровоизліяній, сильнаго растяженія стѣнокъ, или наконецъ вслѣдствіе какихъ-либо инсультовъ, дѣйствующихъ извнѣ. Потеря эпителія можетъ остаться незначительной, въ видѣ *эрозіи*, или же деструктивный процессъ можетъ пойти дальше въ ширину и глубину, давая уже настоящія *язвы*, съ появленіемъ которыхъ воспалительный процессъ принимаетъ уже болѣе грозную форму, чѣмъ при вышеизложенныхъ, а именно форму такъ называемую *Appendicitis ulcerosa*.

Незначительныя потери эпителія, въ видѣ эрозій могутъ при обратномъ теченіи процесса легко возстановиться, *язвы* же оставляютъ послѣ себя слѣды въ видѣ рубцовъ, которые смотря по ихъ величинѣ могутъ повлечь за собою различныя послѣдствія. Такъ, если язвы распространились на значительномъ протяженіи, эпителій, железы и фолликулы исчезли, то при регенеративномъ процессѣ стѣнки могутъ слипнуться и срости, какового взаимнаго соприкосновенію способствуетъ также рубцовое сморщиваніе другихъ слоевъ—такимъ образомъ можетъ получиться *частичная или полная облитерація* (*зарощеніе*) *просвѣта червеобразнаго отростка*.

При меньшемъ же развитіи язвеннаго процесса, оставшіеся отъ него рубцы *служиваютъ* просвѣтъ отростка, вслѣдствіе чего затрудняется ототокъ изъ периферической части, что, при усиленной секреціи, вслѣдствіе обострѣнія воспалительнаго процесса, ведетъ къ скопленію отдѣляемаго со всѣми послѣдствіями. Если полную облитерацію просвѣта червеобразнаго отростка съ превращеніемъ его въ соединительно-тканный тяжъ должно считать за одинъ изъ самыхъ благопріятныхъ исходовъ заболѣванія, то частичная облитерація, а въ особенности неполное закрытіе просвѣта, лишь служеніе его на ограниченномъ мѣстѣ, ставитъ червеобразный отростокъ въ несравненно худшія условія при новомъ заболѣваніи, чѣмъ нормальный отростокъ. Помимонастующаюго несоотвѣтствія между опорожненіемъ и секреціей, т. е. застоя содержимаго, каловые камни или сгустки слизи, попавшіе въ периферическую отъ мѣста служенія часть еще до періода рубцеваго стягиванія стѣнокъ отростка, не могутъ уже быть удалены по наступленіи служенія; оставаясь же на мѣстѣ они вслѣдствіе новыхъ отложеній на нихъ слизи, увеличиваются въ объемѣ, постоянно раздражаютъ слизистую, поддерживая такимъ образомъ воспалительный процессъ.

Въ рѣдкихъ случаяхъ при прекращенномъ или затрудненномъ оттокѣ секрета слизистой червеобразнаго отростка, вслѣдствіе ли рубцевой частичной облитераціи, или вслѣдствіе закупорки просвѣта каловыми конкрементами или сверткомъ сгустившейся слизи, или вслѣдствіе перегиба червеобразнаго отростка, или, наконецъ, вслѣдствіе сдавленія какой-либо его части извнѣ, при сохранившейся слизистой оболочкѣ въ периферической части отростка, скопленіе секрета можетъ достигнуть большихъ размѣровъ. Растяженіе стѣнокъ происходитъ при этомъ постепенно и весьма медленно. Для того, чтобы скопленіе секрета увеличивалось, конечно, необходимо, чтобы всасывающая способность стѣнокъ была ниже секреторной способности слизистой и затѣмъ необходимо также, чтобы отсутствовали микробы, вызывающіе распаденіе секрета и явленія воспаленія стѣнокъ, ибо тогда процессъ скопленія жидкости скоро прекращается, такъ какъ быстро наступаютъ глубокія патологическія измѣненія стѣнокъ или же инфекція со всѣми ея послѣдствіями передается черезъ стѣнки на окружающую брюшину. Подобныя скопленія жидкости въ червеобразномъ отросткѣ наблюдались уже давно, такъ о нихъ говоритъ еще Rokitansky и сравниваетъ ихъ съ водянкой выводныхъ протоковъ (die Wassersucht der Ausführungsgänge), напр. съ hydrops cystidis felleae, почему описы-

ваемыя измѣненія червеобразнаго отростка называются также *hydrops processus vermiformis*.

Предѣлы, до которыхъ можетъ простираться скопленіе секрета и растяженіе стѣнки отростка, значительны. Virchow [1]), описавшій эти кисты подъ именемъ *коллоиднаго перерожденія червеобразнаго отростка*, говоритъ, что онѣ могутъ достигать величины кулака, а по Birch-Hirschfeld'y [2]) даже больше. Guttmann [3]) въ 1891 году демонстрировалъ въ берлинскомъ медицинскомъ обществѣ препаратъ червеобразнаго отростка, полученный имъ случайно при вскрытіи 70-лѣтней старухи. Кистовидное расширеніе отростка было неимовѣрное, именно отростокъ имѣлъ въ длину 14 сятм. и въ окружности 21 сятм.; конецъ у слѣпой кишки былъ рубцово зарощенъ.

Значительное кистовидное расширеніе червеобразнаго отростка описано также Féré [4]), Vimont'омъ [5]), Baillet [6]), Walther'омъ [7]), Bougle [8]), Gruber'омъ [9]), Shoemaker'омъ [10]), Hawkins'омъ [11]), Sonnenburg'омъ, Ribbert'омъ и др.

Иногда имѣются нѣсколько отдѣльныхъ такихъ кистовидныхъ выпячиваній, какъ описываютъ ихъ Ribbert и Kelynak.

Намъ также пришлось однажды наблюдать подобныя множественныя кистовидныя образованія на вскрытіи 37-лѣтняго мужчины, умершаго отъ *Pneum. tuberc.*—Червеобразный отростокъ, въ 7 сятм. длиною, на всемъ протяженіи былъ покрытъ *шаровидными наростами*, сидѣвшими на широкихъ ножкахъ и просвѣчивавшими, какъ бы наполненными прозрачной жидкостью. По вскрытіи червеобразнаго отростка оказалось, что просвѣтъ его вблизи впаденія въ слѣпую кишку зарощенъ, на остальномъ же протяженіи

[1]) Virchow. Die Geschwülste. I. стр. 250.
[2]) Birch-Hirschfeld. Lehrbuch der pathol. Anat. стр. 559.
[3]) Guttmann. Hydrops des Processus vermiformis. Deutsche medic. Wochenschrift. № 7. 1891.
[4]) Féré. Mucocèle de l'appendice iléo-caecal—Progrès méd. 1878.
[5]) Vimont. Mucocèle de l'appendice iléo-caecal trouvé à l'autopsie.—Bull. de la soc. anat. de Paris. 1887.
[6]) Baillet.—Kyste de l'appendice iléo-caecal.—Bull. de la soc. anat. de Paris. 1891.
[7]) Walther.—Appendicite kystique de volume anormale. — Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris. T. XXV. 1900.
[8]) Bougle J. Volumineux appendice exstirpé á froid.—Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris. T. 75 № 7. 1900.
[9]) Gruber W.—Ein Fall cystischer Erweiterung des Proc. vermif.—Virchow's Arch. LXIII. 1875.
[10]) Shoemaker.—Cystic condition of the appendix discovered post mortem and not giving rise to symptoms during life.—Occident. med. Times VI. 1892.
[11]) Hawkins. H. P.— On diseases of the vermiform appendix.—London. 18 9

нормальнаго діаметра. Слизистая бѣдная, на ней замѣчаются небольшія отверстія, ведущія въ упомянутыя шаровидныя разрощенія, откуда выдавливается мутноватая тягучая слизь. Стѣнки шаровидныхъ разрощеній тонки, какъ бы состоятъ изъ одного сероз-наго покрова. Края отверстій со стороны просвѣта отростка глаткіе. Шаровидныя разращенія сидятъ по преимуществу по обѣимъ сторонамъ брыжжейки, между листками ея, а также и на противоположной стѣнкѣ. Величина разрощеній отъ просянаго зерна до горошины.

Содержимое кистовидно-расширенныхъ червеобразныхъ отростковъ тягучее, слизистое, или же оно въ большей или меньшей степени утрачиваетъ свой слизистый характеръ, становясь водянистымъ.

Подъ вліяніемъ растяженія и постояннаго давленія стѣнки червеобразнаго отростка въ этихъ случаяхъ претерпѣваютъ значительныя измѣненія, въ особенности слизистая: она постепенно теряетъ покрывающій ее эпителій, железы и фолликулы, превращаясь такимъ образомъ въ соединительно-тканную оболочку, послѣ чего, конечно, секреція прекращается.

Развитіе соединительной ткани происходитъ также въ другихъ слояхъ, но ея развитіе не служитъ къ утолщенію стѣнокъ, наоборотъ, подъ вліяніемъ растяженія онѣ все больше и больше истончаются, такъ что подъ конецъ червеобразный отростокъ представляетъ собою соединительно-тканный мѣшокъ съ очень тонкими стѣнками.

Такія превращенія червеобразнаго отростка долго могутъ оставаться безъ всякихъ симптомовъ, такъ что ихъ находятъ случайно на вскрытіяхъ.

При проникновеніи же въ кистовидно расширенный отростокъ патогенныхъ микробовъ, содержимое его является прекрасной питательной средой для развитія и размноженія ихъ, что ведетъ къ воспаленію, изъязвленію и прободенію стѣнокъ отростка.

По аналогіи съ hydrops processus vermiformis наблюдается иногда *empyema processus vermiformis*: скопленіе *гнойнаго отдѣляемаго* слизистой отростка. Здѣсь, однако, расширеніе просвѣта достигаетъ сколько-нибудь значительныхъ размѣровъ только при исключительно доброкачественныхъ свойствахъ микробовъ, иначе же, чѣмъ большею вирулентностью они обладаютъ, тѣмъ быстрѣе они дѣйствуютъ разрушающе на воспаленную стѣнку, ведя ее къ изъязвленію и къ прободенію. Къ тому же въ этихъ случаяхъ секреція происходитъ

въ значительно большей степени, чѣмъ при hydrops и поэтому стѣнки подвергаются болѣе быстрому растяженію и тѣмъ скорѣе утрачиваютъ свою жизнеспособность. Клинически эмпіема также не проходитъ незамѣтно, а, наоборотъ, сопровождается зачастую бурными явленіями и нерѣдко служитъ предметомъ оперативнаго вмѣшательства. (Случай эмпіемы червеобразнаго отростка, обнаруженный случайно на вскрытіи см. № 172 *таблицъ величины и состоянія червеобразнаго отростка*).

Одна изъ наиболѣе важныхъ въ клиническомъ отношеніи формъ заболѣваній червеобразнаго отростка есть *прободная, перфоративная* (*Appendicitis perforativa*).

Начало прободеній даютъ язвы слизистой оболочки. Благодаря различнымъ условіямъ, о которыхъ рѣчь будетъ ниже, изъязвленіе не ограничивается одной слизистой, а захватываетъ постепенно одинъ слой за другимъ, пока не достигнетъ брюшиннаго покрова и не разрушитъ его. При проникновеніи язвеннаго процесса въ глубь, глубже - лежащіе слои подпадаютъ разрушенію обыкновенно на меньшемъ протяженіи, чѣмъ выше-лежащіе; поэтому язвы имѣютъ кратерообразную форму и прободное отверстіе на серозномъ покровѣ значительно меньше величины язвы; иногда оно бываетъ настолько незначительно, что даже трудно отыскивается. Въ этихъ случаяхъ опорожненіе содержимаго червеобразнаго отростка происходитъ медленно. Въ другихъ же случаяхъ при болѣе обширномъ некротическомъ процессѣ прободное отверстіе бываетъ значительныхъ размѣровъ, въ особенности, когда присоединяются механическія дѣйствія: какъ напр. чрезмѣрное напряженіе стѣнокъ переполненнаго червеобразнаго отростка или внѣшніе механическіе инсульты. Въ такихъ случаяхъ происходитъ внезапный и обширный разрывъ омертвѣвшей части стѣнки, какъ взрывъ заряженной бомбы (Bossard).

Одна изъ самыхъ частыхъ причинъ, ведущихъ къ прободенію, есть *каловые камни*, которымъ нѣкоторые авторы (Talamon и др.), приписываютъ даже исключительную роль въ прободеніяхъ. Однако имѣются несомнѣнныя наблюденія, что и при отсутствіи камней можетъ произойти перфорація, благодаря разрушающему дѣйствію вирулентныхъ микробовъ на участки стѣнокъ, лишенныхъ почему либо своей жизнеспособности и сопротивляемости.

Процессъ происхожденія прободеній въ присутствіи каловыхъ камней легко объясняется слѣдующимъ образомъ:

Каловой камень, увеличиваясь въ объемѣ, ущемляется и производитъ тѣмъ давленіе на стѣнку червеобразнаго отростка, вызывая ея пролежень (decubitus). Распаденіе сдавленныхъ тканей происходитъ тѣмъ быстрѣе, чѣмъ вирулентнѣе микробы, участвующіе въ инфекціи. Но, помимо непосредственнаго дѣйствія на мѣсто ущемленія, камни могутъ вызывать омертвѣніе стѣнки и на разстояніи, сдавливая сосуды, идущіе къ какому либо участку.

Roux [1]) даже считаетъ, что только въ меньшинствѣ случаевъ камни вызываютъ непосредственно прободеніе, а въ большинствѣ они дѣйствуютъ какъ простая пробка, сдавливающая сосуды, и прободеніе совершается подъ вліяніемъ давленія скопившагося секрета вслѣдствіе закупорки просвѣта, поэтому прободеніе бываетъ *ниже* мѣста ущемленія камня.

По Porter'y [2]) же прободеніе идетъ на встрѣчу силамъ природы удалить гангренозныя части, другими словами, оно всегда располагается на демаркаціонной линіи и всегда *выше* инороднаго тѣла или калового камня (ближе къ слѣпой кишкѣ).

(Въ своихъ случаяхъ мы большею частью видѣли прободныя отверстія, вызываемыя каловыми конкрементами, тутъ же на мѣстѣ ущемленія, что, вѣроятно и бываетъ въ большинствѣ случаевъ. Чтобы вызвать гангрену отдаленныхъ частей червеобразнаго отростка, т. е. чтобы сдавить глубже лежащіе сосуды и оставить непосредственно участвующіе въ ущемленіи участки стѣнокъ менѣе пострадавшими, требуются особыя къ тому условія).

Менѣе ясенъ процессъ происхожденія прободеній *при отсутствіи непосредственно дѣйствующихъ причинъ — каловыхъ камней или инородныхъ тѣлъ.*

Въ такихъ случаяхъ просвѣтъ червеобразнаго отростка обыкновенно расширенъ въ большей или меньшей степени, выше же лежащая часть просвѣта или совершенно зарощена или значительно сужена и иногда закупорена каловымъ камнемъ или комкомъ густой слизи. Но бываютъ также случаи прободенія отростка при вполнѣ свободномъ сообщеніи его со слѣпою кишкою. Слизистая оболочка бываетъ разрыхлена, инъецирована, со множествомъ мелкихъ геморрагій, покрыта слизью и изъязвленіями. Соотвѣт-

[1]) Roux. Traitement chirurgical de la pérityphlite suppurée.—Revue méd. de la Suisse Romande. № 4—5, 1890.

[2]) Porter W. H. The pathology of appendicical, perityphlitic and paratyphlitic inflammations and suppurations, with an interesting history and post-mortem.—New-York med. journ. LI, 88, 1890.

ственно мѣсту прободенія—на слизистой имѣется язва, которая углубляется въ слѣдующіе слои кратерообразно, такъ что она часто прободаетъ серозный покровъ въ видѣ едва замѣтной точки.

Происхожденіе изъязвленій и прободеній при отсутствіи непосредственно дѣйствующей механической силы объясняется *забол ѣваніями сосудовъ*. Благодаря дѣйствію вирулентныхъ микробовъ на слизистую и слѣдующіе слои—сосуды ихъ также подпадаютъ воспаленію. Такъ мы уже говорили о клѣточной инфильтраціи adventitiae сосудовъ, но воспалительный процессъ можетъ идти дальше, до развитія arteritis и phlebitis съ образованіемъ тромбозовъ и эмболій. Помимо того—мелкіе сосуды могутъ быть сдавлены воспалительнымъ пропитываніемъ и клѣточной инфильтраціей ткани. Съ прекращеніемъ же кровоснабженія развивается въ соотвѣтствующемъ мѣстѣ анэмическій инфарктъ, который подпадаетъ разрушающему дѣйствію микробовъ.

Моментъ прободенія ускоряется также постояннымъ давленіемъ, подъ которымъ находятся стѣнки отростка вслѣдствіе застоя его содержимаго.

Благодаря же особенностямъ кровоснабженія червеобразнаго отростка, именно тому обстоятельству, что art. appendicularis есть конечная артерія (Endarterie Cohnheim'a), при закупоркѣ крупныхъ вѣтвей анэмическій инфарктъ можетъ захватить значительное протяженіе, а при закупоркѣ главной артеріи или вены (art. s. v. appendicularis) и весь отростокъ. Въ этихъ случаяхъ стѣнки отростка на большемъ или меньшемъ или на всемъ протяженіи быстро гангренезируются (*Appendicitis gangraenosa*) и, открыть, такимъ образомъ, сразу безпрепятственный широкій путь для проникновенія бактерій черезъ стѣнки отростка въ брюшную полость, быстро ведутъ къ летальному исходу, прежде чѣмъ можетъ наступить прободеніе ихъ.

Въ виду этихъ же особенностей кровоснабженія, *омертвѣніе* и *прободеніе* стѣнокъ чаще всего наблюдается на *верхушкѣ* отростка. Такъ у Sonnenburg'a на 110 случаевъ, гдѣ имѣлось прободеніе отростка, въ 83 случаяхъ оно было на верхушкѣ, въ 17 случаяхъ по срединѣ и въ 10 случаяхъ вблизи слѣпой кишки. Объясненіе наиболѣе частаго мѣстоположенія прободенія и гангрены вблизи верхушки — условіями кровоснабженія отростка подтверждено и опытами на кроликахъ, произведенными Mühsam'омъ [1]).

[1]) Mühsam. Ueber Appendicitis-experimente.—Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Bd. LV, H. 1 u. II, 1900.

Иногда же, благодаря раньше происшедшимъ сроченіямъ свободнаго конца червеобразнаго отростка съ окружающими частями, конецъ поставленъ въ лучшія условія питанія: тогда наблюдается *ограниченная круговая гангрена* отростка, раздѣляющая его на двѣ части, или, какъ говорятъ, *ампутирующая* отростокъ. Подобнаго же рода *ампутація* червеобразнаго отростка происходитъ при ущемленіи камня *выше* мѣста вхожденія въ отростокъ питающей его артеріи.

Прободеніе при гангренозномъ измѣненіи стѣнки червеобразнаго отростка происходитъ большею частью, какъ мы нѣсколько разъ замѣчали на нашихъ препаратахъ, по границѣ между здоровой и омертвѣлой частями, т. е. по *демаркаціонной* линіи.



Рис. 26.

a—слѣпая кишка, *b*—основаніе червеобразнаго отростка, *c*—сальникъ, окружающій червеобразный отростокъ, *d*—конечная часть подвздошной кишки.

Всего червеобразныхъ отростковъ, наслѣдованныхъ у насъ на операціяхъ или на вскрытіяхъ, имѣется 36. Измѣненія найденныя въ нихъ слѣдующія:

Въ 33 случаяхъ имѣлось *прободеніе* или *гангрена червеобразнаго отростка* и въ 3 случаяхъ (№№ 47 и 53 хир. и № 63 тер.) *прободенія не имѣлось*.

Въ № 53 хир. измѣненія червеобразнаго отростка были весьма незначительны, именно полость его къ верхушкѣ была немного расширена и наполнена жидкимъ гноемъ, слизистая слегка разрыхлена съ небольшимъ, видимо, старымъ рубцомъ вблизи верхушки (Appendicitis suppurativa).

Измѣненія же червеобразнаго отростка въ случаѣ № 63 тер. представляютъ много интереснаго. На слизистой мы не видимъ ни язвъ,

ни прободенія, только одни звѣздчатые рубцы съ аспидноокрашенными краями; наружные же слои отростка подверглись гангренѣ, мѣстами до исчезновенія мышечнаго слоя, такъ что оставалась только одна слизистая оболочка.

Подобное курьезное измѣненіе червеобразнаго отростка, т. е. гангренесцированіе внѣшнихъ слоевъ и полное сохраненіе слизистой, описываетъ также Fowler:

18-лѣтній больной принятъ на 7-й день болѣзни съ признаками общаго перитонита и въ безнадежномъ состояніи. Правосторонняя лапаротомія. Извлеченъ червеобразный отростокъ, состоящій

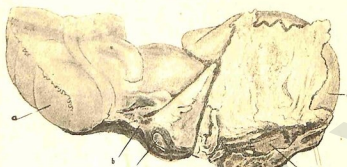


Рис. 27.

a—слѣпая кишка, *b*—основаніе червеобразнаго отростка, *c*—сальникъ, отвернутый отъ червеобразнаго отростка; виденъ желобокъ, гдѣ помѣщался червеобразный отростокъ, *d*—конецъ подвздошной кишки, *e*—гангренозно-измѣненная часть червеобразнаго отростка; черезъ продольный разрѣзъ виденъ овальный камень въ просвѣтѣ отростка.

изъ одной слизистой оболочки, при полномъ отсутствіи остальныхъ слоевъ. На слизистой никакого перфораціоннаго отверстія, хотя посрединѣ отростка былъ ущемленъ довольно твердый каловой камень.

Въ случ. № 47 хир. также нельзя было найти яснаго прободного отверстія, но червеобразный отростокъ на значительномъ протяженіи въ средней части и выше мѣста перегиба гангренозно измѣненъ по всей окружности. Гангрена здѣсь вызвана ущемленнымъ очень большимъ (въ бобъ величиною) камнемъ. Этотъ случай представляетъ еще *ту особенность*, что здѣсь *сальникъ охватывалъ со всѣхъ сторонъ пораженную часть червеобразнаго*

отростка и, судя по его значительнымъ измѣненіямъ, долгое время преграждалъ проникновеніе инфекціи въ свободную брюшную полость, образуя вокругъ червеобразнаго отростка какъ бы футляръ (см. рис. 26 и 27. На первомъ рисункѣ изображенъ червеобразный отростокъ, закрытый сальникомъ, на второмъ—сальникъ отвернутъ, на немъ виденъ желобокъ, гдѣ помѣщался червеобразный отростокъ; черезъ продольный разрѣзъ червеобразнаго отростка виденъ овальный каловой камень въ просвѣтѣ отростка).

Въ 19 случаяхъ (№№ 1, 20, 26, 29, 40, 46, 51, 52, 60, 66 и 73 хир. и 7, 8, 10, 17, 18, 37, 40 и 56 тер.) обнаружены *прободныя отверстія* различной величины, начиная отъ едва замѣтныхъ, въ булавочную головку (№№ 26, 40 и 52 хир.) до величины бобa, захватывающія до $^2/_3$ окружности отростка. Въ 5 случаяхъ (№№ 40, 51, 52, 60 и 66 хир.) имѣлось 2 прободныхъ отверстія; въ случаѣ № 60 оба отверстія лежали вблизи верхушки отростка, въ остальныхъ случаяхъ одно отверстіе вблизи, а другое на различномъ разстояніи отъ перваго. Въ случаѣ № 52 одно изъ прободныхъ отверстій было закрыто тонкой пленкой и явно обнаруживали здѣсь *признаки зажиленія*.

Изъ остальныхъ случаевъ съ одиночнымъ прободеніемъ въ 2-хъ случаяхъ (№№ 29 и 73 хир.) прободное отверстіе находилось вблизи верхушки; въ 2 случ. (№№ 26 и 46 хир.)—по срединѣ, въ 3 случ. (№№ 20 хир., 40 и 56 тер.)—у основанія и въ 7 случ.—не отмѣчено.

Прободеніе большею частью случается на стѣнкѣ, *противоположной мѣсту прикрѣпленія брыжейки*, что можно объяснить меньшимъ кровоснабженіемъ этихъ частей, но бываетъ прободеніе и у мѣста прикрѣпленія брыжейки, какъ это видно на рис. *A, B, C* (цвѣтн. табл.) червеобразнаго отростка нашего случ. № 51 хир.

Въ 9 случаяхъ (№№ 1, 20, 29, 40, 51 и 63 хир. и 8, 10 и 56 терап.) въ просвѣтѣ червеобразнаго отростка найдены *каловые камни*, изъ нихъ нѣкоторые достигали значительной величины, какъ напр., въ случаѣ № 29 хир.—камень былъ длиною въ $1^1/_2$ снтм. и шириною въ 1 снтм. Въ этомъ же случаѣ ядромъ камня послужило какое-то инородное очень твердое тѣло неправильной формы.

Въ остальныхъ случаяхъ камней не обнаружено, но возможно, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ они вышли черезъ прободное отверстіе и не были замѣчены ни при операціи, ни при перевязкѣ, ни при вскрытіи.

Въ 3 случаяхъ (№№ 40, 51 хир. и 56 тер.) просвѣтъ червеобразнаго отростка былъ совершенно *зарощенъ* у отверстія въ слѣпую кишку.

Въ 3 случаяхъ (№№ 29, 46 и 52 хир.) просвѣтъ былъ *значительно* съуженъ, но всетаки проходимъ для зонда.

Въ 3 случаяхъ (№№ 26, 60 хир. и 40 тер.) полость червеобразнаго отростка свободно сообщалась со слѣпой кишкой.

Въ остальныхъ 8 случаяхъ о состояніи просвѣта центральнаго конца отростка никакихъ отмѣтокъ не имѣется.

Стѣнка оболочка почти во всѣхъ этихъ случаяхъ представляла глубокія *измѣненія*, въ нѣкоторыхъ изъ нихъ она представлялась почти омертвѣвшей отъ мѣста прободенія или съуженія по направленію къ вершинѣ, въ другой же части, ближайшей къ слѣпой кишкѣ, она сохраняла болѣе нормальный видъ.

Гангренозныя измѣненія на значительномъ или на всемъ протяженіи червеобразнаго отростка (*Appendicitis gangrenosa*) имѣлись въ 11 случаяхъ (№№ 27, 36, 38, 43, 44, 45, 48, 54, 62 и 63 хир. и 60 тер.).

Въ 6 случ. (№№ 36, 45, 48, 54 и 63 хир. и 60 тер.) червеобразный отростокъ омертвѣлъ на всемъ протяженіи, превратившись въ легко распадающуюся ткань.

Въ 3 случаяхъ (№№ 27, 38 и 43 хир.) омертвѣлъ только свободный конецъ на большемъ или меньшемъ протяженіи,

и въ 2 случаяхъ (№№ 44 и 62 хир.) омертвѣла средняя часть, такъ что произошла *самоампутація* червеобразнаго отростка.

Сколько-нибудь значительное съуженіе просвѣта центральнаго конца отростка отмѣчено только въ одномъ случаѣ (№ 43 хир.).

Въ 4 случаяхъ (№№ 44, 45, 54 хир. и 60 тер.), наоборотъ, сообщеніе полости червеобразнаго отростка со слѣпой кишкой вполнѣ свободное; въ остальныхъ 4 случаяхъ (№№ 27, 36, 38 и 48 хир.) не имѣется никакихъ отмѣтокъ по этому вопросу.

Каловые камни найдены только въ 2 случаяхъ (№№ 43 и 45 хир.).

Изъ всѣхъ 36 случаевъ каловые камни найдены въ 12 случаяхъ.

Смотря по тому успѣютъ ли до момента прободенія развиться склейки вокругъ червеобразнаго отростка или нѣтъ, развивается или мѣстный, или общій перитонитъ. Въ весьма рѣдкихъ случаяхъ *по срощеніи червеобразнаго отростка съ какимъ-либо полостнымъ органомъ можетъ произойти прободеніе въ полость послѣдняго,*

что является однимъ изъ благопріятнѣйшихъ исходовъ. Нѣсколько такихъ примѣровъ извѣстны въ литературѣ.

Такъ Fürbringer [1]) сообщаетъ случай перфораціи необыкновенно длиннаго отростка въ двѣнадцатиперстную кишку. Favre описываетъ случай, гдѣ верхушка червеобразнаго отростка найдена въ полости кишки, куда и произошло прободеніе. Boido [2]) сообщаетъ случай аномаліи червеобразнаго отростка, при которой продукты воспаленія его могли изливаться въ подвздошную кишку безъ предшествовавшаго срощенія и прободенія стѣнокъ.—Такая аномалія червеобразнаго отростка найдена Boido случайно на вскрытіи 63-лѣтняго старика, умершаго отъ чахотки. Червеобразный отростокъ отходилъ воронкообразно отъ нижне-заднягo сегмента слѣпой кишки и, проходя по верхнему краю малаго таза, впадалъ въ подвздошную кишку на разстояніи $3^1/_2$ д. отъ valv. ileo-coecalis, представляясь у этого конца колбовидно вздутымъ. Слизистая червеобразнаго отростка непосредственно продолжалась въ слизистую подвздошной; признаковъ предшествовавшаго воспаленія не было. Длина отростка въ $6^1/_2$ д. (см. стр. 121—123).

Только въ весьма рѣдкихъ случаяхъ воспалительный процессъ ограничивается одной слизистой червеобразнаго отростка: въ случаяхъ такъ называемыхъ аппендикулярныхъ колитъ, какъ мы это уже говорили раньше. Въ болѣе же тяжелыхъ случаяхъ процессъ распространяется по стѣнкѣ слой за слоемъ и переходитъ на *брюшинный покровъ* червеобразнаго отростка и затѣмъ дальше на *брюшинный* покровъ сосѣднихъ частей. Это распространеніе инфекціи можетъ происходить при мало измѣненной слизистой, совершаясь по лимфатическимъ путямъ. Такъ микроскопическія изслѣдованія Sandberg'a [3]), Charlotte'ы Mayer [4]) и др. показали, что даже при катарральномъ состояніи стѣнокъ червеобразнаго отростка въ лимфатическихъ щеляхъ имѣются бактеріи. Присутствіе эрозій и тѣмъ болѣе язвъ слизистой, конечно, облегчаетъ и ускоряетъ проникновеніе микробовъ.

[1]) Цит. по Nothnagel'ю.
[2]) Boido Lawr. Abnormal appendix vermiformis.—Occidental medical Times. Sept. 1893. Стр. 505.
[3]) Цит. по Lennander'y. Ueber Appendicitis nebst Bericht über 68 Fälle. Beitr. zur klin. Med. u. Chir. 1895.
[4]) Charlotte Mayer. Etude sur la pathogénie de l'appendice à répétition. Thèse de Genève 1897.

Если воспалительный процессъ въ червеобразномъ отросткѣ скоро принимаетъ обратное теченіе, то и участіе его брюшиннаго покрова продолжается кратковременно, вызывая даже не перитонитъ въ строгомъ смыслѣ, а „перитонеальное раздраженіе", выражающееся налитіемъ кровью сосудовъ, выдѣленіемъ незначительныхъ количествъ фибринозныхъ или серозныхъ эксудатовъ, скоро разсасывающихся безъ слѣда по миновеніи причины. Возможно даже, что въ этихъ случаяхъ раздраженіе перитонеальнаго покрова вызывается даже не самими бактеріями, а продуктами ихъ жизнедѣятельности—*токсинами*.

При болѣе продолжительномъ теченіи воспалительнаго процесса, на ряду съ болѣе хроническими измѣненіями его стѣнокъ, брюшинный покровъ участвуетъ уже болѣе активно и при этомъ воспалительный процессъ не ограничивается уже одной покрывающей отростокъ брюшиной, а распространяется и на смежныя съ нимъ части. Здѣсь на ряду съ наслоеніемъ новыхъ фибринозныхъ отложеній въ большемъ или меньшемъ количествѣ происходитъ организація старыхъ—превращеніе ихъ въ фиброзныя (*Peritonitis fibrinosa et fibrosa s. Peritonitis adhaesiva circumscripta*).

Раннее участіе брюшины въ воспалительномъ процессѣ, разыгрывающемся въ червеобразномъ отросткѣ, является однимъ изъ весьма цѣлесообразныхъ способовъ, при помощи которыхъ природа старается, если не прекратить воспалительный процессъ, то заблаговременно локализовать его. Склейки, образовавшись вокругъ червеобразнаго отростка, представляютъ собою преградy, закрывающую доступъ въ свободную брюшную полость микробамъ, кишащимъ въ червеобразномъ отросткѣ и нащедшимъ себѣ тотъ или другой путь (проведеніе, гангрена стѣнки), чтобы хлынуть изъ первоначальнаго очага всею своею массою.

Roux[1]) въ одномъ случаѣ наблюдалъ развитіе соединительной ткани, или, какъ онъ называетъ, *пластическаго эксудата* вокругъ червеобразнаго отростка, который былъ сроченъ съ сальникомъ и распадался на двѣ рѣзко отличающіяся другъ отъ друга части: верхнюю въ 4—5 снтм. длиною нормальнаго вида и толщины и нижнюю съ колбовиднымъ вздутіемъ въ 3 снтм. толщиною. Поверхность нижней части была гладкая, на разрѣзѣ же совершенно гомогенная, похожая на молодую растущую соединительную ткань

[1]) Roux. Du traitement chirurgical de la périsyphlite suppurée.—Revue méd. de la Suisse Romande 1891. 92.

или на нѣкоторые виды саркомы. Собственно стѣнка червеобразнаго отростка, въ нѣсколько миллиметровъ толщиною, едва различалась, постепенно теряясь въ гомогенной ткани. Гнойниковъ нигдѣ не найдено.

Подобное измѣненіе червеобразнаго отростка никѣмъ больше не описывалось, т. ч. оно, во всякомъ случаѣ, принадлежитъ къ чрезвычайно рѣдкимъ явленіямъ.

Образованіе *сличиваю перитонита* въ области червеобразнаго отростка (*periappendicitis adhaesiva chronica*) при хроническихъ страданіяхъ его, а также и при острыхъ, но продолжающихся болѣе долго, ведетъ къ прочному сращенію червеобразнаго отростка съ окружающими его частями и можетъ такимъ образомъ фиксировать его въ ненормальномъ положеніи.

Участіе брюшины въ воспалительномъ процессѣ червеобразнаго отростка въ видѣ сличиваго перитонита, по прекращеніи воспалительнаго процесса въ отросткѣ, прекращается и исчезаетъ или безъ слѣда, или съ оставленіемъ фиброзныхъ склеекъ; если же воспалительный процессъ развивается дальше, то фибринозный перитонитъ является предвѣстникомъ болѣе тяжелой формы перитонита—*гнойнаю* (*Peritonitis purulenta s. suppurativa*). Для развитія послѣдняго требуется болѣе дѣятельное участіе бактерій, которыя въ обилiи проникаютъ въ брюшную полость изъ полости червеобразнаго отростка, большею частью при нарушеніи анатомической цѣлости его стѣнки – черезъ прободное отверстіе или черезъ гангренозные или глубоко изъязвленные участки; но и при сохраненіи анатомической цѣлости стѣнокъ отростка, бактеріи могутъ при благопріятныхъ къ тому условіяхъ проникнуть черезъ нихъ, именно, при измѣненіяхъ, аналогичныхъ измѣненіямъ кишечныхъ стѣнокъ при ущемленіи ихъ въ грыжахъ еще до наступленія гангрены. Наконецъ бактеріи могутъ проникнуть въ большомъ количествѣ, что бываетъ однако рѣдко, и черезъ лимфатическіе пути. Наиболѣе же частая причина развитія гнойнаго перитонита есть, повторяемъ, прободеніе стѣнокъ отростка.

Если предшествовавшія фиброзныя склейки были достаточно обильны и прочны, то внезапное развитіе гнойнаго перитонита ограничивается предѣлами червеобразнаго отростка, слѣпой кишки и вообще сосѣднихъ частей, и такимъ образомъ получается *осумкованный перитонитъ* (*Peritonitis purulenta circumscripta*), собственно *перитифлитическій гнойникъ* (нарывъ, абсцессъ).

Гной, содержащійся въ перитифлитическихъ гнойникахъ, рѣдко

походитъ на обыкновенный гной, какъ напр., при флегмонахъ. Въ большинствѣ случаевъ онъ представляетъ собою сѣроватую или грязноватую жидкость съ примѣсью мелкихъ сверткомъ фибрина, необыкновенно противнаго своеобразнаго запаха, какъ бы смѣси запаха кала съ запахомъ протухлыхъ яицъ: по вскрытіи перитифлитическаго абсцесса операціонная надолго пропитывается его вонью, а съ рукъ оператора запахъ не сходитъ, не смотря на многократное и тщательное мытье, не заглушаетъ его даже и парфюмерія. Среди продуктовъ распада въ гною иногда имѣются какія то красящія вещества, черпящія пальцы и особенно ногти оператора и настолько прочно, что окраска не смывается при самомъ тщательномъ мытьѣ рукъ.

Въ гною находятъ иногда выпавшіе изъ червеобразнаго отростка каловые камни или же мелкія каловыя крошки, а въ болѣе старыхъ гнойникахъ обрывки некротическихъ тканей самого червеобразнаго отростка или же, что бываетъ наичаще, стѣнокъ гнойника, иногда даже въ большомъ количествѣ.

Размѣры гнойника зависятъ, конечно, главнымъ образомъ отъ его возраста.

Положеніе перитифлическихъ гнойниковъ въ брюшной полости зависитъ отъ положенія слѣпой кишки и червеобразнаго отростка—его направленія и длины, а такъ какъ для него нормальное положеніе—правая подвздошная ямка, то здѣсь въ большинствѣ случаевъ и располагаются перитифлитическіе гнойники. При непостоянствѣ же положенія слѣпой кишки и червеобразнаго отростка, не рѣдки перитифлическіе гнойники и въ другихъ областяхъ брюшной полости, и при томъ въ самыхъ разнообразныхъ.

Для лучшаго обзора различной локализаціи перитифлическихъ гнойниковъ предложены различныя классификаціи ихъ.

Такъ Talamon различаетъ пять типовъ перитифлическихъ гнойниковъ:

1) *Appendicite iliaque* — скопленіе гноя въ правой подвздошной ямкѣ.

2) *Appendicite prérectale* — скопленіе гноя въ маломъ тазу между прямой кишкой и мочевымъ пузыремъ у мужчинъ и маткой у женщинъ.

3) *Appendicite sous-ombilicale*—скопленіе гноя кнутри и надъ правой подвздошной ямкой вблизи пупка.

4) *Appendicite rétro-caecale et lombaire* — скопленіе гноя за слѣпой кишкой въ реберно-подвздошной или поясничной области надъ crista ilei и

5) *Различныя ненормальныя положенія.*

Gerster [1]) различаетъ также 5 типовъ перитифлическихъ гнойниковъ по ихъ положенію:

1) *Typus ileo-inguinalis*—наиболѣе частый видъ гнойниковъ.

2) *Typus anterior*—типъ гнойниковъ, поднимающихся къ пупку.

3) *Typus posterior*—типъ гнойниковъ, направляющихся въ поясничную ямку.

4) *Typus rectalis*—типъ гнойниковъ, развивающихся въ полости малаго таза.

5) *Typus mesocoeliacus*—типъ гнойниковъ, ограниченныхъ со всѣхъ сторонъ склеившимися петлями тонкихъ кишекъ.

Болѣе удачная классификація перитифлитическихъ гнойниковъ, а именно *по ихъ отношенію къ слѣпой кишкѣ*, предложена Sonnenburg'омъ: 1) положеніе гнойника *впереди* и *кнаружи* отъ слѣпой кишки, 2) *позади* ея, 3) *кнутри* отъ нея и наконецъ 4) въ *маломъ тазу*.

1) При положеніи гнойника *впереди-кнаружи* отъ слѣпой кишки, въ начальныхъ стадіяхъ развитія, его передняя стѣнка образована изъ склеившихся петель тонкихъ кишекъ; съ дальнѣйшимъ же ростомъ гнойника, петли кишекъ отодвигаются кнутри и гнойникъ—къ передней стѣнкѣ живота, которая и образуетъ, такимъ образомъ, его переднюю стѣнку, заднюю и внутреннюю стѣнку образуетъ слѣпая кишка, а наружную — fossa iliaca. Сверху и снутри (а также и снизу) въ ограниченіи гнойника могутъ принять участіе также и петли тонкихъ кишекъ. Червеобразный отростокъ при этихъ гнойникахъ помѣщается большею частью спереди въ подвздошной ямкѣ, или на наружной, или на внутренней стѣнкѣ слѣпой кишки.

2) При положеніи гнойника *позади* слѣпой кишки, послѣдняя образуетъ его переднюю границу, а задняя брюшная стѣнка—заднюю. Червеобразный отростокъ большею частью прилежитъ къ слѣпой кишкѣ, поднимаясь вверхъ. При этомъ положеніи гнойники обычно лежатъ выше, чѣмъ при первой группѣ, и иногда поднимаются до печеночной области, или же приближаются къ поясничной области, гдѣ въ такихъ случаяхъ получается выпячиваніе.

3) При положеніи гнойника *кнутри* отъ слѣпой кишки, послѣдняя вмѣстѣ съ colon asc.—составляетъ его наружную границу,

[1]) Gerster A. G. Essay upon the classification of the various forms of appendicitis and perityphlitic abscess, with practical conclusions.—New—York med. journ LII 6, 1890.

mesocolon — заднюю, внутреннюю же и верхнюю — петли склеившихся тонкихъ кишекъ.

4) Положеніе въ *маломъ тазу* — однозначуще съ appendicite pré-rectale Talamon'a. Большею частью гнойники здѣсь правосторонніе, но не рѣдко также они занимаютъ и среднюю часть и переходятъ даже налѣво.

Наиболѣе частое положеніе гнойника — *впереди-кнаружи* отъ слѣпой кишки, затѣмъ *сзади, кнутри* и рѣже всего въ *маломъ тазу*.

Перечислять другія положенія перитифлитическихъ гнойниковъ излишне — они могутъ встрѣчаться чуть не во всякомъ мѣстѣ брюшной полости, какъ это можно себѣ легко представить изъ описаній ненормальныхъ положеній слѣпой кишки и червеобразнаго отростка.

Конечно, болѣе опредѣленное мѣстоположеніе перитифлитическіе гнойники занимаютъ въ начальныхъ стадіяхъ своего развитія, въ дальнѣйшихъ же стадіяхъ они, увеличиваясь, распространяются въ разныя стороны.

Rotter, изучившій локализацію и дальнѣйшее распространеніе гнойниковъ, даетъ слѣдующее описаніе путей, по которымъ распространяются перитифлитическіе гнойники:

1) *Regio ileocoecalis — правая тазовая сторона — Дугласово пространство — лѣвая тазовая сторона — лѣвая поясничная область — лѣвое поддіафрагмальное пространство — лѣвая плевральная полость.*

2) *Regio ileo-coecalis — правая поясничная область — правое поддіафрагмальное пространство — правая плевральная полость.*

3) *Regio ileo-coecalis — правая поясничная область — пространство между нижней поверхностью печени и желудкомъ.*

4) *Regio ileo-coecalis — пространство между colon transversum и корнемъ брыжжейки тонкихъ кишекъ.*

5) *Отъ правой подвздошной ямки кзади между мочевымъ пузыремъ и передней брюшной стѣнкой.*

6) *Гнойники между отдѣльными петлями тонкихъ кишекъ и въ маломъ тазу.*

Въ менѣе свѣжихъ случаяхъ одновременно могутъ существовать два и болѣе ограниченныхъ гнойника по сосѣдству другъ съ другомъ или же на нѣкоторомъ болѣе или менѣе значительномъ разстояніи. Тутъ слѣдуетъ различать всегда *первичный* гнойникъ и *вторичные*: *первичный* располагается въ области червеобразнаго

отростка, *вторичные* же образовываются путемъ затековъ, между ними часто возможно найти хотя бы очень тонкіе фистулезные ходы, но иногда эти ходы закрываются, тогда гнойники являются совершенно обособленными другъ отъ друга.

Перитифлитическіе гнойники, увеличиваясь и принявъ какой либо изъ выше перечисленныхъ путей, описанныхъ Rotter'омъ, ищутъ конечнаго своего исхода наружу, если не явится на помощь тому оперативное вмѣшательство или не положитъ конецъ дальнѣйшему росту летальный исходъ.

Подойдя къ брюшнымъ стѣнкамъ, перитифлитическій гной, благодаря своимъ разъѣдающимъ, гнилостнымъ свойствамъ, разрушаетъ брюшинный покровъ и можетъ дать начало забрюшиннымъ нагноеніямъ, *паратифлитическимъ гнойникамъ (вторичнымъ)*. Поднимаясь вверхъ по забрюшинной клѣтчаткѣ сзади, они могутъ симулировать *паранефритическіе гнойники* и, поднимаясь еще выше, локализоваться въ *поддіафрагмальномъ пространствѣ* и т. п. Или же прорвавъ мышечные слои брюшной стѣнки, начинаютъ распространяться дальше *по подкожной клѣтчаткѣ* (см. гл. объ осложненіяхъ).

Близость перитифлитическаго гнойника къ брюшной стѣнкѣ сказывается довольно рано появленіемъ *отечности кожи*.

Подобно тому, какъ перитифлитическій гнойникъ разрушаетъ брюшныя стѣнки, онъ, увеличиваясь въ брюшной полости, не только не щадитъ образовавшіяся вокругъ него склейки, но пробуравливаетъ даже и стѣнки различныхъ полостныхъ органовъ и такимъ образомъ опорожняется въ нихъ.

Наиболѣе частое *прободеніе* перитифлитическаго гнойника есть прободеніе въ *кишки* и изъ нихъ наичаще *въ слѣпую*. Такой путь опорожненія гнойника въ слѣпую кишку въ былое время третировался за первичное прободеніе и причину развитія нагноенія въ правой подвздошной ямкѣ. Болѣе внимательное изслѣдованіе прободного отверстія ясно, однако, показываетъ, что прободеніе идетъ не снутри кнаружи, а наоборотъ, какъ видно это изъ болѣе обширнаго разрушенія внѣшнихъ (серозныхъ) слоевъ кишечной стѣнки сравнительно съ внутренними: именно, края перфоративнаго отверстія на слизистой гладкіе, тогда какъ на серозномъ покровѣ изъѣдены на значительномъ протяженіи.

Такой путь опорожненія гнойника черезъ кишечникъ есть одинъ изъ наиболѣе благопріятныхъ «*естественныхъ*» путей, хотя, надо замѣтить, что черезъ перфоративное отверстіе можетъ также исте-

кать кишечное содержимое въ полость гнойника и тѣмъ поддерживать нагноеніе. Благодаря, однако, спаденію стѣнокъ гнойника и часто неправильному съ *клапановидными* образованіями ходу прободного канала создаются болѣе благопріятныя условія для опорожненія гнойника, чѣмъ для его наполненія.

Krafft [1]) на 106 случаевъ перитифлита наблюдалъ произвольное опорожненіе гнойника

17 разъ въ слѣпую кишку
1 » въ мочевой пузырь.

Paulier [2]) на 49 собранныхъ имъ случаевъ нашелъ въ

15 случаяхъ прободеніе въ слѣпую кишку
4 » » черезъ брюшную стѣнку.

у Bull'я на 63 случая перитифлита произошло прободеніе въ

15 случ. въ слѣпую кишку и изъ нихъ въ
5 » кромѣ того наружу
1 » въ мочевой пузырь.

По даннымъ другихъ авторовъ прободеніе слѣпой кишки встрѣчается менѣе часто, чѣмъ по выше приведеннымъ даннымъ.

Такъ Einhorn на 109 случаевъ вскрытій умершихъ отъ перитифлита, прободеніе нашелъ:

въ 5 случаяхъ въ coecum
» 3 » » colon ascend.
» 3 » » ileum
» 2 » » rectum
» 1 » черезъ заднюю брюшную стѣнку
» 3 » » переднюю » »
» 2 » въ одну изъ плевральныхъ полостей

Langheldt [3]) на 112 случаевъ нашелъ:

въ 3 случаяхъ прободеніе въ слѣпую кишку
» 1 » » » colon ascendens
» 1 » » » полость матки
» 2 » » » правую плевральную полость.

Meusser приводитъ 1 случай прободенія въ vagin'y
1 » » » rectum и vagin'y

[1]) Krafft. Ueber die frühzeitige operative Behandlung der durch Perforation des Wurmfortsatzes hervorgerufenen Perityphlitis stercoralis.—Volkmann's Samm. № 331. 1889.

[2]) Paulier. –Contribution à l'étude de la typhlite et de la périty phlite.—Thèse de Paris.

[3]) Langheld.—Zur Aetiologie der Perityphlitis.—Inaug. Diss. Berlin 1890.

2 случая прободенія въ rectum
2 » » » colon ascendens
2 » » » нижній конецъ ilei

Borchardt приводитъ изъ своей казуистики

2 случая прободенія въ rectum
4 » » мочевой пузырь
1 » » влагалище.

Percy Allan [1]) приводитъ 1 случай прободенія гнойника въ мочевой пузырь съ послѣдующимъ выздоровленіемъ, Keen [2]) же приводитъ случай, гдѣ червеобразный отростокъ сросся съ мочевымъ пузыремъ и далъ прободеніе въ него. Долго діагнозъ было трудно установить (подозрѣвали абсцессъ простаты, прямокишечный свищь и др).

Fowler [3]) описываетъ случай, гдѣ у 62 лѣт. старика 12 лѣтъ тому назадъ перитифлитическій гнойникъ прорвался въ мочевой пузырь и съ тѣхъ поръ постоянно съ мочею отходило немного кала. 1 годъ тому назадъ наступило затрудненіе при мочеиспусканіи: операція обнаружила въ мочевомъ пузырѣ камень, образовавшійся вокругъ калового камня.

Иногда наблюдаются *множественныя* прободенія какъ въ различныя части кишечника, такъ и въ различные органы. Интересенъ въ этомъ отношеніи случай, описанный Grawitz'емъ [4]): гнойная полость кнутри и позади слѣпой кишки поднималась вверхъ до діафрагмы, гдѣ находилось большое перфоративное отверстіе, ведшее въ правую плевральную полость; гнойный плеврить; въ слѣпой и тонкихъ кишкахъ нѣсколько большихъ, кратерообразно сужающихся по направленію отъ серознаго покрова къ слизистой, перфоративныхъ отверстій; наконецъ въ горизонтальной части 12-перстной кишки 3 величиною въ бобъ отверстія, черезъ которыя происходило сообщеніе между 12-перстной кишкой и забрюшинной гнойной полостью; червеобразный отростокъ гангренозно разрушенъ, съ каловымъ камнемъ.

[1]) Allan Percy A.—A case of appendicitis with abscess perforating into the bladder, recovery. –British med. Journ. p. 1432 1900.

[2]) Keen.—A case of appendicitis in which the appendix became permanently soltered to the bladder, like a third urether, producing a urinary fecal fistula. Transact. of the amer. surg. Assoc. 1898.

[3]) Fowler.—A case of fecal communication with the bladder with resulting calculus following appendicitis.—Med. News May 2. 1896.

[4]) Grawitz. E. Ein Fall von Perforation eines perityphlitischen Abscesses in die Pleurahöhle mit eitrigem, kothvermischtem, pleuritischem Exsudat. — Berl. klin. Wochenschrift № 26 1889.

Dr. Powell [1]) описываетъ случай прободенія coeci и duodeni у 30-лѣтняго негра; между прочимъ processus vermiformis представлялся приросшимъ посредствомъ «пластической лимфы» ad arteriam iliacam; въ послѣдней найдено отверстіе, черезъ которое свертки крови переходили изъ артеріи въ *червеобразный* отростокъ.

Одно изъ самыхъ тяжелыхъ по своимъ послѣдствіямъ осложненій есть прободеніе перитифлитическаго гнойника въ *свободную брюшную полость* съ послѣдующимъ развитіемъ *общаго разлитого перитонита* (Peritonitis diffusa).

Помимо этого способа возникновенія общихъ перитонитовъ, *вторичныхъ*, какъ называютъ ихъ въ этихъ случаяхъ, заряженіе всей или большей части брюшной полости при заболѣваніи червеобразнаго отростка можетъ произойти и *первично* безъ предварительнаго образованія предохранительныхъ склеекъ вокругъ червеобразнаго отростка.

Какъ для возникновенія ограниченнаго перитонита — перитифлитическаго гнойника — нѣтъ безусловной необходимости въ нарушеніи анатомической цѣлости червеобразнаго отростка, такъ и общій перитонитъ можетъ развиться при отсутствіи прободенія стѣнокъ отростка, путемъ проникновенія бактерій черезъ лимфатическія щели и прямо черезъ стѣнку отростка, конечно, при пониженной жизнеспособности и сопротивляемости ея натиску микробовъ. Безъ сомнѣнія, въ этихъ случаяхъ микробы должны обладать колоссальною вирулентностью.

Значительное большинство общихъ *первичныхъ* перитонитовъ все же, однако, развивается *вслѣдствіе быстро наступающихъ прободеній или гангрены червеобразнаго отростка*, настолько быстрыхъ, что нѣтъ времени образоваться склейкамъ, которыя бы преградили доступъ содержимому червеобразнаго отростка въ брюшную полость. Если даже и образуются склейки, то онѣ настолько непрочны, что поддаются малѣйшему напряженію.

Sonnenburg и др., напротивъ, считаютъ, что большинство случаевъ *первичнаго* перитонита въ начальныхъ стадіяхъ протекаетъ въ высшей степени хронически и до наступленія тяжелыхъ явленій имѣетъ достаточно времени для образованія со всѣхъ сторонъ предохранительныхъ склеекъ. По прободеніи стѣнокъ червеобразнаго отростка, выступившій изъ полости послѣдняго гной сначала собирается въ новообразованной склейками полости и затѣмъ уже разрываетъ ея стѣнки. Только въ совершенно острыхъ случаяхъ съ молніеноснымъ наступленіемъ гангрены и въ случаяхъ самоампутаціи червеобразнаго отростка или въ тѣхъ случаяхъ, когда происходитъ прободеніе въ незащищенныхъ склейками мѣстахъ можетъ наступить первичный перитонитъ.

Если вторичные перитониты, какъ а priori можно заключить, отличаются своимъ тяжелымъ теченіемъ, вслѣдствіе того, что здѣсь сразу вливается въ брюшную полость большое количество скопившейся гнойной жидкости, распредѣляющейся по всѣмъ ея угламъ, то злокачественность первичныхъ перитонитовъ зависитъ не столько отъ количества, какъ отъ качества изливающейся жидкости, именно отъ высокой вирулентности находящихся въ ней микробовъ, сила быстро вызывающихъ разрушеніе стѣнокъ червеобразнаго отростка, что не остается времени на образованіе предохранительныхъ склеекъ.

Анатомическія особенности червеобразнаго отростка, безъ сомнѣнія, играютъ большую роль въ этіологіи общихъ перитонитовъ: если червеобразный отростокъ очень длинный и на длинной брыжейкѣ, то онъ свободно лежитъ въ брюшной полости, гдѣ онъ, благодаря перистальтическимъ движеніямъ кишечныхъ петель и его самого, легко передвигается съ мѣста на мѣсто.

Такимъ образомъ, при заболѣваніи отростка, благодаря постоянному его движенію, не могутъ образоваться предохранительныя склейки и прободеніе происходитъ въ свободную брюшную полость.

Другое дѣло при короткой брыжейкѣ и при фиксаціи червеобразнаго отростка: здѣсь прежде, чѣмъ произойдетъ прободеніе успѣютъ образоваться вокругъ него склейки. Надо, однако, замѣтить, что при очень короткой брыжейкѣ, оставляющей значительную часть отростка свободной, а тѣмъ болѣе при отсутствіи ея, червеобразный отростокъ поставленъ въ худшія условія питанія и, въ случаѣ ущемленія въ немъ камня, весьма быстро происходитъ гангрена и прободеніе стѣнокъ, такъ что склейки также не имѣютъ времени образоваться въ достаточномъ количествѣ.

Biggs [1]) даже того мнѣнія, что при свободной подвижности отростка и длинной брыжейкѣ, вслѣдствіе перистальтическихъ

---

[1]) Powell.- Gazette hebd. II № 21. 1855.

[1]) Biggs H. M.—New.-York. path. Soc. March 28. 1888. Med. Rec. June 30, p. 720—721. 1888.

движеній кишечника, въ него легче попадаютъ каловые конкременты [2]) и уцѣмляются, тогда какъ въ фиксированные отростки доступъ имъ затрудненъ.

Диффузные перитониты по *патолого-анатомическимъ измѣненіямъ* дѣлятся на тѣ же формы, какъ и по клиническому теченію, какъ о томъ будетъ рѣчь въ соотвѣтствующемъ мѣстѣ. — Такъ, прежде всего отъ собственно перитонита слѣдуетъ отличать часто наблюдаемое при перитифлитахъ такъ называемое «*перитонеальное раздраженіе*»—клинически проявляющееся сильною болѣзненностью, напряженіемъ брюшныхъ стѣнокъ и вообще первое время симулирующее перитонитъ, но спустя нѣсколько часовъ совершенно проходящее. Вызывается это раздраженіе не бактеріями, а продуктами ихъ жизнедѣятельности, ихъ *токсинами*. Патолого-анатомическія измѣненія брюшины при такомъ состояніи, по понятнымъ причинамъ, не могли подвергнуться систематическому изслѣдованію, только было замѣчено, что при этомъ состояніи происходитъ лишь инъекція брюшины. Rotter предполагаетъ, что ему пришлось 2 раза оперировать при «перитонеальномъ раздраженіи», принятомъ имъ за диффузный перитонитъ: вокругъ перфорированнаго червеобразнаго отростка найдены минимальныя количества гноя, въ остальной брюшной полости ни жидкаго, ни фибринознаго экссудата, только инъекція брюшины. Въ обоихъ случаяхъ послѣдовало выздоровленіе.

Самая тяжелая форма перитонита есть *перитонеальный сепсисъ*, убивающій больныхъ въ 24 часа и даже ранѣе. При столь короткой продолжительности также не могутъ наступить сколько либо замѣтныя измѣненія со стороны брюшины, развѣ только *инъекція* ея и *вздутіе кишечника*. Смерть быстро наступаетъ вслѣдствіе септической токсэміи или паралича сердца, но здѣсь, безъ сомнѣнія, имѣется инфекціонное зараженіе острѣйшей формы, такъ какъ съ брюшиннаго покрова можно получить чистыя культуры микробовъ.

Нѣкоторые авторы (Nothnagel) выдѣляютъ кромѣ того еще одну форму перитонита, столь же бурно ведущую къ летальному исходу, какъ и предыдущая, но съ образованіемъ чисто *серознаго* или *кровянисто-серознаго* экссудата, но не въ большомъ количествѣ.

[2]) Наши данныя изслѣдованія червеобразнаго отростка подтверждаютъ это предположеніе Biggs'а, именно, при свободномъ положеніи червеобразнаго отростка въ брюшной полости ненормальное содержимое отростка обнаружено чаще. (см. стр. 94).

Столь острыя формы перитонита, наблюдаемыя послѣ лапаротоміи или разрыва кишечника, по мнѣнію нѣкоторыхъ авторовъ (Rotter) при перитифлитахъ встрѣчаются весьма рѣдко; Sonnenburg сообщаетъ о двухъ такихъ случаяхъ, видѣнныхъ имъ на вскрытіи: въ брюшной полости не было ни гноя, ни вообще какого либо экссудата; въ одномъ случаѣ червеобразный отростокъ былъ перфорированъ, а въ другомъ ампутированъ посредине. И клинически, прибавляетъ Sonnenburg, эти быстро ведущіе къ смерти случаи не обнаруживаютъ признаковъ диффузнаго перитонита!

При *диффузно-гнойно-гнилостной* формѣ перитонита, наоборотъ, какъ показываетъ названіе, происходитъ выпотъ экссудата—въ большемъ или меньшемъ количествѣ,—гнойно-гнилостнаго, съ противнымъ каловымъ запахомъ. Отличительной чертой является отсутствіе склеекъ между кишечными петлями, поэтому экссудатъ безпрепятственно разливается по всей брюшной полости. Эта форма перитонита также злокачественна, но не ведетъ такъ быстро къ смерти, какъ предыдущія; исходъ въ выздоровленіи при ней рѣдкое исключеніе. Наблюдается эта форма большею частью при appendicitis gangraenosa или при прободеніи перитифлитическаго гнойника и изліяніи большого количества гноя въ брюшную полость.

Болѣе благопріятная форма общаго перитонита, развивающаяся при перитифлитахъ, есть—*нарастающій фибринозно-гнойный перитонитъ (progrediente fibrinös-eitrige Peritonitis)*, наглядное описаніе котораго впервые дано Miculicz'емъ. Эта форма перитонита характеризуется тѣмъ, что зараженіе брюшины здѣсь происходитъ не сразу по всему ея протяженію, а постепенно, шагъ за шагомъ: вокругъ первоначальнаго очага развивается гнойникъ и вокругъ него отлагаются фибриновыя выдѣленія, отграничивающія гнойникъ отъ остальной еще свободной отъ зараженія брюшной полости; съ дальнѣйшимъ ростомъ гнойника, ближайшія къ нему фибриновыя отложенія растворяются, но въ замѣнъ ихъ отлагаются по ту сторону гнойника новыя фибриновыя склейки. Такое распространеніе гнойника происходитъ, обыкновенно, не равномѣрно со всѣхъ сторонъ, а поддаются только нѣкоторые болѣе слабые участки, такъ что возникаютъ какъ бы отдѣльные гнойники, лежащіе рядомъ или на разстояніи и сообщающіеся между собою узкими фистулезными ходами.

Замѣчены даже направленія, по которымъ гной по преимуществу распространяется, какъ это мы уже привели выше (стр. 120).

Кромѣ такого, такъ сказать, поступательнаго развитія фибринозно-гнойнаго перитонита, существуетъ еще второй способъ его возникновенія: на вскрытіяхъ часто находятъ, что внутренности всей брюшной полости плотно спаяны между собою и между спайками при разрываніи ихъ обнаруживаются небольшіе отдѣльные, не сообщающіеся другъ съ другомъ, гнойнички. Получается впечатлѣніе, что инфекціонные зародыши меньшей вирулентности занесены въ брюшную полость и благодаря перистальтическимъ движеніямъ кишечника разнесены во всѣ стороны брюшной полости и тамъ, гдѣ остановились, вызвали нагноеніе, не заражая остальныхъ частей. Эта форма фибринозно-гнойнаго перитонита отличается хроническимъ теченіемъ. Гнойнички имѣютъ наклонность уплотняться и такимъ образомъ можетъ наступить самопроизвольное выздоровленіе. Нашъ случай № 50 хир. представляетъ точный образчикъ такихъ перитонитовъ. До операціи опредѣлялась большая опухоль, оказавшаяся состоящей изъ склеившихся петель кишекъ, при разрывѣ которыхъ обнаруживались небольшіе гнойнички, совершенно изолированные и удаленные другъ отъ друга. Опухоль и послѣ операціи значительно увеличилась, занявъ болѣе половины живота, но въ концѣ концовъ безъ всякихъ съ нашей стороны мѣропріятій разсосалась.

Фибринозно-гнойный перитонитъ, какъ уже сказано, имѣетъ болѣе благопріятное теченіе, но и при немъ большинство больныхъ погибаетъ, несмотря на оперативное вмѣшательство.

Между гнилостно-гнойной и нарастающей гнойно-фибринозной формой перитонита существуютъ переходныя формы: такъ гнилостно-гнойный перитонитъ въ чистомъ видѣ, какъ онъ изображенъ выше, встрѣчается рѣдко, только въ тѣхъ случаяхъ, когда смерть наступаетъ очень быстро; при болѣе же или менѣе продолжительномъ теченіи и здѣсь появляются фибринозныя отложенія и склейки, которыя дѣлаютъ такимъ образомъ эту форму перитонита по внѣшнимъ признакамъ очень схожей съ нарастающей гнойно-фибринозной и только по клиническому теченію можно узнать ея первоначальный видъ.

Какъ выше было сказано, забрюшинная клѣтчатка за слѣпой кишкой можетъ подвергнуться нагноенію, благодаря прободенію первичнаго внутрибрюшиннаго гнойника черезъ брюшину или при занесеніи сюда инфекціи черезъ лимфатическіе пути. Однако *паратифлитическіе гнойники* могутъ развиться и *первично*, именно въ тѣхъ

рѣдкихъ случаяхъ, когда червеобразный отростокъ заложенъ *внутрибрюшинно*, хотя бы только пораженною своею частью. По мнѣнію же нѣкоторыхъ авторовъ и при внутрибрюшинномъ положеніи червеобразнаго отростка можетъ развиться нагноеніе забрюшинной клѣтчатки. Такъ, по мнѣнію Porter'а [1]), каловые камни благодаря внутрибрюшинному давленію проталкиваются къ точкѣ наименьшаго сопротивленія, которую представляетъ собою задняя стѣнка отростка, лишенная на мѣстѣ прикрѣпленія брыжейки брюшиннаго покрова: такимъ образомъ, камень попадаетъ между листками брыжейки въ забрюшинную клѣтчатку и вызываетъ нагноеніе послѣдней. Koerte [2]) также признаетъ первичные паратифлитическіе гнойники, возникающіе даже при совершенно внутрибрюшинномъ положеніи червеобразнаго отростка. Онъ экспериментально показалъ путь развитія такихъ гнойниковъ: введя иглу въ просвѣтъ червеобразнаго отростка, онъ отсюда проткнулъ стѣнку отростка между листками брыжейки; инъецированный краситій растворъ проникъ между листками брыжейки по задней забрюшинной клѣтчаткѣ, скопившись по преимуществу въ подвздошной ямкѣ, въ мѣстѣ, типичномъ для паратифлитическихъ гнойниковъ. При дальнѣйшемъ вприскиваніи жидкость распространилась до околопочечной области. Bochardt видѣлъ одинъ экстирпированный червеобразный отростокъ, представлявшій собою препаратъ, прекрасно подтверждавшій правильность опытовъ Koerte съ внѣбрюшиннымъ распространеніемъ нагноенія между листками брюшины: прободная язва сидѣла на мѣстѣ прикрѣпленія брыжейки.

На вскрытіи одного случая намъ также удалось видѣть прекрасный образецъ распространенія инфекціи по брыжейкѣ внѣбрюшинно, хотя отростокъ лежалъ внутрибрюшинно. На слизистой отростка на мѣстѣ прикрѣпленія брыжейки имѣлось изъязвленіе сосуды брыжейки въ этомъ мѣстѣ были сильно налиты и тверды (какъ бы склерозированы) и сама брыжейка въ этой части ин; фильтрирована и довольно толста (0,4—0,5 снтм.). Серозный покровъ брыжейки гладкій и блестящій (см. № 172 *таблицъ величины и состоянія червеобразнаго отростка*).

Насколько часто встрѣчаются первичные «паратифлиты», точ-

---

[1]) Porter W. H. The pathology of appendicical perityphlitic and paratyphlitic inflammations and suppurations, with an interesting history and post mortem.—New-York med. journ. LI. 88. 1890.

[2]) Koerte.—Ueber chir. Beh. des Perityphlitis.—Berl. klin. Wochenschrift. № 26 и 27. 1891.

ныхъ статистическихъ данныхъ мало. Maurin на 94 случая нашелъ 5 случаевъ внѣбрюшиннаго абсцесса при прободеніи червеобразнаго отростка. A Ioseph Bryant[1]) на 144 вскрытія перитифлита нашелъ 3 случая внѣбрюшиннаго положенія гнойника.

При частичномъ положеніи червеобразнаго отростка въ забрюшинной клѣтчаткѣ при его заболѣваніи можетъ возникнуть нагноеніе одновременно внѣбрюшинно и внутрибрюшинно или по крайней мѣрѣ скоро одно за другимъ. Такъ въ случаѣ № 44 хир. часть червеобразнаго отростка лежала въ забрюшинной клѣтчаткѣ и эта часть была болѣе всего измѣнена, такъ что надо предполагать, что здѣсь сначала развился «паратифлитическій» нарывъ, а затѣмъ уже нагноеніе появилось внутрибрюшинно.

Паратифлитическіе гнойники часто прорываются въ брюшную полость съ развитіемъ ограниченнаго или общаго перитонита. Иногда чѣмъ прорвать брюшину, такъ въ случаѣ v. Mandach'a[2]) забрюшинный гнойникъ поднялся до печени и здѣсь только прорвался въ брюшную полость. Въ случаѣ Aufrecht'a[3]) гнойникъ распространился даже до селезеночной области и здѣсь прорвался позади и ниже желудка.

Глава VI.

Этіологія заболѣваній червеобразнаго отростка.

Причины, вызывающія развитіе перитифлитовъ, можно раздѣлить на три большія группы:

а) непосредственно дѣйствующія на самый червеобразный отростокъ.

в) причины общаго характера, не непосредственно дѣйствующія на червеобразный отростокъ, а создающія благопріятныя условія къ заболѣванію его.

с) Специфическія заболѣванія червеобразнаго отростка.

а) *Непосредственныя причины*:

[1]) Цит. по Duplay. De l'appendicite.–La sem. méd. p. 397. 1896.
[2]) v. Mandach. Fünf Fälle operativ behandelter Perityphlitis.– Correspondenzbl. f. schweiz. Aerzte. 1891.
[3]) Aufrecht. Zur Pathologie u. Therapie des Paraityphlitis.—Therap. Monatsheft. Bd. 9. № 5. 1895.

Во главѣ причинъ этой группы должны быть поставлены *каловые камни*. Ихъ значеніе въ этіологіи заболѣваній червеобразнаго отростка начало подозрѣваться вмѣстѣ съ первыми проблесками сознанія патогенетическаго значенія червеобразнаго отростка въ воспаленіяхъ правой подвздошной ямки. Такъ Wegeler въ 1813 г. сообщилъ, что онъ лечилъ 18-лѣтняго юношу, страдавшаго болями въ правой подвздошной области и умершаго при явленіяхъ общаго перитонита. На вскрытіи червеобразный отростокъ найденъ расширеннымъ, чернокрасными и содержавшимъ 4 камешка, изъ которыхъ одинъ былъ величиною въ голубиное яйцо (Anzahl autem non sine summa admiratione corpora quaedam duriora in eo latere sentiebamus, quae hac appendicula dissecta, lapides esse deprehendebamus. Plures quidem exiguos tres alios pisi quemque alium deinde ovi columbini magnitudine adaequantem»). Roliquet подвергъ эти камешки химическому изслѣдованію, показавшему, что они близки по своему составу къ желчнымъ и мочевымъ камнямъ. Еще за 30 лѣтъ до Wegeler'a, Roeder Wagler упоминаетъ о каловомъ камнѣ (неузнанномъ, однако, имъ), найденномъ при вскрытіи солдата, умершаго отъ «Febris mucosa»: Prope appendicem vermiformem in mesocolo observatur scirrhus globulus, nucis avellanae magnitudine cum nucleo interno pallide, cinereo, acido, duro».

Въ 30-хъ и 40-хъ годахъ, когда патологическія измѣненія червеобразнаго отростка и ихъ отношенія къ заболѣваніямъ подвздошно-слѣпой области стали обращать большее и большее вниманіе, появляется цѣлый рядъ сообщеній Iliffa, Böhra, Burne, Arnold'a, Urban'a[1]), Butler'a[2]), Worthington'a[3]), Paterson'a[4]) и др. о случаяхъ язвенныхъ и гангренозныхъ разрушеній червеобразнаго отростка вслѣдствіе ненормальнаго содержимаго въ немъ.

Въ этихъ первыхъ сообщеніяхъ находимые въ червеобразномъ отросткѣ конкременты описывались, какъ сходные съ горчичнымъ зерномъ, косточками вишень, сливъ, яблока, винограда и т. п.; отсюда распространилось мнѣніе, что эти тѣла, какъ непереварившіеся мыш, могутъ попасть въ червеобразный отростокъ и вызвать его

[1]) Urban. Enteritis gangraenosa ab enterolithide processus vermic. causata.—Lehrb. des ärztl. Ver. zu München. III, 155. 1841.
[2]) Butler. Calculi in the appendix vermiformis caeci.—Prov. med. Journ. V 507. 1843.
[3]) Worthington. Calculus of the appendix vermiformis.—Prov med. Journ. № 135. 1843.
[4]) Paterson.—Lond. med. Gaz. 1844.

воспаленіе со всѣми тяжелыми послѣдствіями. Внушенный страхъ къ проглатываемымъ фруктовымъ зернамъ, какъ къ «смертоноснымъ» упорно держится до сихъ поръ среди невѣрчивой публики.

Послѣдующія изслѣдованія показали, однако, что *инородныя тѣла* встрѣчаются сравнительно рѣдко, а въ громадномъ большинствѣ случаевъ — это каловые конкременты, имѣющіе только форму плодовыхъ зеренъ и косточекъ.

Такъ Matterstock [1]) на 146 вскрытій взрослыхъ, умершихъ отъ перитифлита, нашелъ въ 132 случаяхъ прободеніе червеобразнаго отростка и изъ нихъ

въ 63 случаяхъ найдены каловые камни;
» 9 » » — инородныя тѣла [2]);
» 8 » » — ничего не найдено.

и въ остальныхъ случаяхъ ничего не отмѣчено.

Въ 49 случаяхъ вскрытій дѣтей, умершихъ отъ перитифлита, прободенія червеобразнаго отростка имѣлись въ 37 случ., и изъ нихъ

въ 27 случ. найдены каловые камни;
» 3 » » инородныя тѣла;
» 6 » ничего не найдено;

въ остальныхъ случаяхъ ничего не отмѣчено.

Langheld [3]) нашелъ на 112 случаевъ смерти отъ перитифлита въ 24 случ. каловые камни и въ 4 случаяхъ инородныя тѣла.

Renvers собралъ изъ литературы 459 случаевъ и изъ нихъ въ 179 случаяхъ были камни и только въ 16 случаяхъ инородныя тѣла.

K. Fitz на 152 случ. въ 47% нашелъ каловые камни и въ 12% инородныя тѣла.

Krafft на 106 случ. въ 36 случ.—каловые конкременты и въ 4 случ. инородныя тѣла.

Murphy констатировалъ каловые камни въ 38% всѣхъ своихъ

[1]) Matterstock. Perityphlitis.—Gerhardt's Handbuch der Kinderkrankheiten. IV Bd. Tübingen. 1880.

[2]) Matterstock полагаетъ, что и это число слишкомъ велико противъ дѣйствительности, такъ какъ большая часть случаевъ приходится на прежнія десятилѣтія, когда не было еще болѣе точныхъ свѣдѣній.

[3]) Murphy. The Appendicitis.—The med. News. 5 Jan. 1895.

операцій перитифлита. По даннымъ Nothnagel's, на 148 случаевъ перитифлита, каловые камни на всѣхъ найдены въ 42 случаяхъ и инородныя тѣла въ 2 случ.—Southan [1]) изъ 50 случаевъ рецидивир. перитифлита только въ 7 случаяхъ нашелъ каловые камни и всего только въ 1 случаѣ инородное тѣло, а именно булавку. Murphy инородныя тѣла встрѣчалъ только въ 2%, Borchardt на 150 случаевъ инородное тѣло нашелъ только въ 1 случаѣ, а Sonnenburg на 200 случ.—только въ 2 случаяхъ—волосы въ центрѣ калового камня. Hämig [2]) на 112 случаевъ ампутацій червеобразнаго отростка въ межприпадковомъ періодѣ только въ 2 случаяхъ нашелъ инородныя тѣла, а каловые камни въ 21 случаѣ. Mitchell [3]) изъ 1400 случаевъ аппендицита, собранныхъ имъ изъ различныхъ источниковъ, только въ 7 случ. нашелъ указанія на инородныя тѣла, каловые же камни обнаружены въ 45% всѣхъ случаевъ.

Только Maurin [4]) даетъ очень высокій процентъ для инородныхъ тѣлъ, именно, изъ 60 случ., по его даннымъ, въ 34 случаяхъ найдены каловыя массы и въ 26 случ. инородныя тѣла, а Fenwick даетъ еще большій перевѣсъ въ пользу инородныхъ тѣлъ, именно на 55 случ. инородныхъ тѣлъ только 12 случ. каловые конкременты. Fergusson также въ 15 случаяхъ нашелъ въ червеобразномъ отросткѣ инородныя тѣла и только въ 2 случ. каловые камни.

Однако, вышеприведенныя данныя и въ особенности данныя послѣднихъ лѣтъ, заставляютъ отнестись съ большимъ сомнѣніемъ къ цифрамъ Maurin'a, Fenwick'a и Fergusson'a.

Въ своихъ изслѣдованіяхъ червеобразныхъ отростковъ мы находили инородныя тѣла, какъ о томъ сообщаемъ на стр. 87—92, *довольно часто*, именно въ 10%, тогда какъ въ патологическихъ случаяхъ, т. е. при перитифлитахъ, наоборотъ, намъ ни разу не попадались инородныя тѣла, каловые же камни въ 1/3 всѣхъ случаевъ.

[1]) Southan F. A. Abstract of a clinical lecture on recurrent appendicitis.—British med. Journal № 3086. 1900.

[2]) Hämig. Klinische Beobachtungen über Perityphlitis.—Beiträge zur klin. Chirurgie. Bd. 31. H. 1. 1901.

[3]) Mitchell J. T. The presence of foreign bodies in the vermiform appendix.—Joms Hopkins Hospital Bulletin. № 94—96. 1899.

[4]) Maurin. Essai sur l'appendicite et la péritonite appendiculaire.—Thèse de Paris 1890.

Въ послѣднее время И. П. Мечниковъ [1]) выступилъ съ гипотезой о патогенетической роли *кишечныхъ чужеядныхъ* въ воспаленіи червеобразнаго отростка. Эта гипотеза на многихъ произвела впечатлѣніе новизны и вскорѣ стали опубликовываться наблюденія Girard'a [2]), Moty [3]), Морковитина и др., подтвердившія якобы правильность ея. Надо, однако, замѣтить, что вхожденіе кишечныхъ чужеядныхъ, какъ круглыхъ глистъ, острицъ, ленточныхъ глистъ и trichocephalus въ червеобразный отростокъ констатировано уже давно, еще въ эпоху зарожденія ученія о воспаленіи червеобразнаго отростка. На стр. 91 мы приводимъ многочисленные тому примѣры. Въ большинствѣ случаевъ, какъ и въ нашихъ случаяхъ (стр. 89), глисты въ червеобразномъ отросткѣ обнаруживались, какъ случайная находка на вскрытіи, при незначительныхъ измѣненіяхъ отростка. Только въ немногихъ случаяхъ авторы, описывавшіе эти находки, объясняли находимыя при этомъ прободенія червеобразнаго отростка *продавливаніемъ* глистою. Столь грубыхъ разрушеній стѣнокъ отростка глисты, безъ сомнѣнія, не могли вызвать, и попаданіе ихъ изъ кишечника въ полость гнойника или въ брюшную полость объясняется, конечно, вторичнымъ выхожденіемъ ихъ черезъ образовавшееся уже отъ другихъ причинъ прободное отверстіе.

Но оставляя въ сторонѣ эти грубыя измѣненія, не нова теорія Мечникова и какъ указывающая на предрасполагающую роль глистовъ къ разбирасмому заболѣванію. Въ прежнее время, какъ мы находимъ напр. у Платонова, Шахтингера и др. писателей 50—60 годовъ, глистамъ, помимо ихъ непосредственнаго механическаго дѣйствія на червеобразный отростокъ, приписывалась также и роль предрасполагающихъ причинъ, на ряду съ употребленіемъ грубой пищи, молодыхъ винъ, незрѣлыхъ плодовъ (Sic! какъ и у Мечникова), косточекъ плодовъ, на ряду съ проглоченными игрушками (!), рыбными косточками и другими инородными тѣлами, а также на ряду съ госпитальной атмосферой и всѣми госпитальными неудобствами,—простудой, угнетеннымъ состояніемъ духа и т. п.

Патогенетическая роль глистъ въ болѣзненныхъ явленіяхъ

[1]) Metchnikoff I. Sur l'appendicite. Note helminthologique sur l'appendicite. Bull. de l'acad. de méd. № 10. 1901.
Мечниковъ И. И. Нѣсколько замѣчаній о воспаленіи червеобразнаго отростка.—Русскій Врачъ № 1. 1902.
[2]) Girard. Annales de l'Institut Pasteur p. 470. 1901.
[3]) Moty. Bull. de l'acad. de méd. 2 avr. p. 471. 1901.

правой подвздошной ямки Мечниковымъ выводится главнымъ образомъ изъ наблюдавшаго имъ совпаденія присутствія глистъ въ кишечникѣ съ болѣзненными признаками. Какимъ же образомъ глисты вызываютъ воспалительные процессы, тому Мечниковъ даетъ мало удовлетворительныя объясненія: такъ по его словамъ, только trichocephalus способенъ механически раздражать слизистую, внѣдряясь въ нее своею переднею частью; у другихъ же чужеядныхъ «механизмъ ихъ дѣйствія менѣе ясенъ». Въ общемъ Мечниковъ приписываетъ имъ роль *инородныхъ тѣлъ*, раздражающихъ стѣнку червеобразнаго отростка, и вдосящихъ бактеріи, производящія аппендицитъ.

Выше мы только что привели неопровержимыя данныя, что инородныя тѣла играютъ самую незначительную этіологическую роль въ воспаленіяхъ червеобразнаго отростка; несомнѣнно, такая же небольшая роль принадлежитъ и кишечнымъ чужеядямъ.

Наблюденія Мечникова съ быстрымъ выздоровленіемъ при противоглистномъ леченіи заставляютъ подозрѣвать, что въ его случаяхъ helminthiasis протекалъ подъ клинической картиной заболѣванія червеобразнаго отростка, по этому въ *дифференціально-діагностическомъ* отношеніи эти наблюденія представляютъ несомнѣнный интересъ.

Величина каловыхъ камней различна: отъ чечевицы до боба или лѣсного орѣха, но иногда встрѣчаются и значительно больше: такъ Soreth [1]) описываетъ каловой камень длиною въ 2,1 снтм. и толщиною въ 1,6 снтм., а Borchardt видѣлъ камень въ 2,5 снтм. длиною. Намъ также приходилось видѣть каловые камни до 2,0 снтм. длины. Hotchkiss [2]) оперировалъ случай перитонита, гдѣ вмѣсто предполагавшагося гнойника нашелъ громадный гангренозный червеобразный отростокъ, содержавшій конкременты, изъ которыхъ одинъ былъ величиною въ яйцо маленькой птички и три поменьше.

По формѣ каловые камни также весьма разнообразны: кругловатые, овальные, цилиндрическіе, колбасовидные, съ заостренными или закругленными концами, съ гладкой или шероховатой поверхностью. Весьма часто, какъ мы уже говорили выше, они имѣютъ сходство съ плодовыми зернами и косточками: лимонными, вишневыми, финиковыми и особенно часто кофейными; сход-

[1]) Soreth. Ueber Kothsteine.—Inaug. Diss. Berlin. 1888.
[2]) Hotchkiss. Large gangrenous Appendix with large faecal concretion.—Annals of surgery. oct. 1896.

ство иногда бываетъ настолько близко, что истинная природа ихъ уясняется лишь послѣ того какъ хорошенько раздавить ихъ. Talamon сравниваетъ каловые камни по формѣ съ кроличьими пометомъ.

По *консистенціи* можно различать: *настоящіе* каловые камни, оправдывающіе свое названіе (*энтеролиты* или *копролиты*), твердые на ощупь, и *ложные*, легко разминающіеся между пальцевъ. Первые встрѣчаются значительно рѣже вторыхъ. Твердые по цвѣту болѣе свѣтлые, желтоватые: мягкіе—темно коричневые. Консистенція ихъ ядеръ всегда плотнѣе периферическихъ частей. Намъ ни разу не удалось видѣть настоящаго копролита, большею частью это были камни различной плотности и формы, чаще продолговатые съ неполнѣ гладкой поверхностью. При большихъ размѣрахъ камни видны уже глазомъ въ невскрытомъ червеобразномъ отросткѣ, по его ограниченному вздутію и еще легче узнаются при ощупываніи. Залегаютъ камни въ различныхъ мѣстахъ отростка, иногда по два, по три и больше.

По химическому составу каловые камни червеобразнаго отростка, по изслѣдованіямъ Voit'a [1]), Bierhoff'a [2]), Soreth'a и др., весьма близко подходятъ къ кишечнымъ камнямъ [3]), именно, они состоятъ изъ обыкновенныхъ составныхъ частей кала: фосфорнокислыхъ, углекислыхъ, щавелекислыхъ и сѣрнокислыхъ солей кальція, аммиака, магнезіи, холестеарина, слѣдовъ хлора, остатковъ растительныхъ клѣтокъ и т. п. При большемъ количествѣ органическихъ частей—камни мягки, при большемъ же количествѣ солей они тверды. Новѣйшія изслѣдованія Ribbert'a показали, что только небольшіе камни состоятъ по преимуществу изъ кала, болѣе же крупные имѣютъ только ядро изъ кала, периферическіе же слои состоятъ изъ слизи съ примѣсью гнойныхъ тѣлецъ (лейкоцитовъ), у которыхъ въ наружныхъ слояхъ камня даже удается окрашивать ядра.

Какимъ же образомъ каловые камни попадаютъ въ червеобразный отростокъ? Въ первое время, когда каловые камни часто принимались за инородныя тѣла (зерна, плодовыя косточки), предполагалось, что они, какъ и послѣднія, проникаютъ въ червеобразный отростокъ изъ кишечника. Этотъ взглядъ, изъ болѣе позднихъ авторовъ горячо отстаиваетъ Talamon. По его мнѣнію, кругловатая форма каловыхъ камней говоритъ за то, что они образовались въ болѣе широкомъ пространствѣ, гдѣ они могли подвергаться всевозможнымъ движеніямъ: катаясь, претерпѣвая, сглаживаться и т. д., а такія условія лучше всего представляетъ собою слѣпая кишка. Каловыя частички, оторвавшись отъ общей массы, западаютъ въ карманы кишечной стѣнки (Cruveilheir), образующіеся между продольными волокнами мышечнаго слоя, и принимаютъ ихъ форму; выпавъ отсюда, они скатываются въ круглые катышки, благодаря перистальтическимъ движеніямъ кишки, на подобіе скатыванія катышка между пальцевъ. Если многіе каловые камни и могутъ образовываться въ самомъ червеобразномъ отросткѣ, то они по мнѣнію Talamon'а, не имѣютъ патогенетическаго значенія.

Болѣе точныя изслѣдованія послѣдняго времени, однако, говорятъ за *антеподикулярное происхожденіе каловыхъ камней*: вочервыхъ ихъ форма бываетъ чаще удиненная—колбасовидная, во вторыхъ, несоотвѣтствіе ихъ толщины съ діаметромъ нормальнаго червеобразнаго отростка говоритъ за то, что такое расширеніе просвѣта отростка можетъ быть достигнуто при условіи медленнаго, постояннаго и постепеннаго растяженія его стѣнокъ и, наконецъ, въ третьихъ, *строеніе каловыхъ* камней показываетъ, что они достигли своей величины на мѣстѣ, путемъ постепеннаго наслаиванія слизи вокругъ ихъ ядра. Ribbert показалъ на срѣзахъ, сдѣланныхъ черезъ каловые камни вмѣстѣ съ червеобразнымъ отросткомъ и окрашенныхъ краской Weigert'a для фибрина, что слизь внѣшнихъ слоевъ каловыхъ камней непрерывно переходитъ въ слизь, выполняющую просвѣты железъ. Ochler [1]) также, изслѣдуя микроскопически каловые камни, нашелъ въ нихъ не только слизь, но также кусочки слизистой и железы съ различными эпителіальными клѣтками.

Гладкая поверхность камней можетъ быть достигнута благодаря постоянному напряженію растянутой стѣнки червеобразнаго отростка. при которомъ достаточно весьма незначительныхъ движеній камня, чтобы сгладились его шероховатости; этому способствовать могутъ также и перистальтическія движенія прилегающихъ къ червеобразному отростку кишечныхъ петель.

Начало же образованія каловыхъ камней, безспорно, въ большинствѣ случаевъ кишечнаго происхожденія: жидкій калъ, попавши въ червеобразный отростокъ и задержавшись тамъ по какимъ

[1]) l. c.
[2]) l. c.
[3]) Gorup-Bezanez. Lehrbuch der physiologischen Chemie. 1874. стр. 557.

[1]) Ochler. Bemerkungen zur Appendicitis.—Allg. med. Central-Zeit. № 59. 1901.

либо причинамъ, уплотняется, отвердѣваетъ благодаря всасыванію изъ него воды и такимъ образомъ служитъ ядромъ, вокругъ котораго наслаивается слизь, отдѣляемая червеобразнымъ отросткомъ, иногда съ примѣсью кала, время отъ времени поступающаго въ отростокъ изъ кишечника. Такимъ же образомъ могутъ послужить ядромъ калового камня застревающіе въ червеобразномъ отросткѣ уже оплотнѣвшіе каловые кусочки изъ кишечника или комки слизи кишечнаго или аппендикулярнаго происхожденія и, наконецъ, мелкія инородныя тѣла, и довольно часто волосы; такъ, укажемъ на самый старый случай Vicq D'Azyr'a [1]), описавшаго еще во второмъ десятилѣтіи прошлаго столѣтія конкрементъ червеобразнаго отростка, отложившійся вокругъ волоса.

Патогенетическая роль каловыхъ камней и инородныхъ тѣлъ въ развитіи перитифлитовъ вызвала продолжительный и горячій споръ между различными авторами. Уже вскорѣ послѣ появленія гипотезы о патогенетической роли ихъ, выступили серьезные противники ея. Такъ проф. Dittrich [2]) въ Прагѣ въ 1849 г. сдѣлалъ наблюденіе, показывающее, что въ червеобразномъ отросткѣ, кромѣ воспаленія, изъязвленія и прободенія вслѣдствіе инородныхъ тѣлъ, попавшихъ въ его полость, происходятъ еще и другого рода болѣзненные процессы, которые, распространяясь на брюшину, вызываютъ не только ограниченное, но и общее смертельное воспаленіе ея. Clauss [3]) и Lebert [4]) въ концѣ 50 годовъ также доказывали, что механическимъ причинамъ часто придаютъ преувеличенное значеніе. Шахтингеръ также считаетъ возможнымъ прободеніе не только вслѣдствіе механическаго раздраженія каловымъ конкрементомъ, но и вслѣдствіе его—химическаго раздраженія.

Talamon [5]) каловымъ камнямъ отводитъ первенствующую роль, онъ полагаетъ, что они почти во всѣхъ случаяхъ являются этіологическими факторами и, если по статистическимъ даннымъ они констатируются только въ $^1/_3$, самое большое въ $^1/_2$ случаевъ перитифлита, то Talamon объясняетъ это тѣмъ, что или на присутствіе ихъ не было обращено должнаго вниманія, или, что они въ моментъ операціи, или вскрытія, или даже раньше, выпали изъ червеобразнаго отростка или въ слѣпую кишку, или въ перитифлитическій гнойникъ, или, наконецъ, подверглись размягченію.

Каловыя камни, по теоріи Talamon'a, играютъ здѣсь роль пробокъ, затыкающихъ просвѣтъ червеобразнаго отростка и превращающихъ его такимъ образомъ *въ закрытый сосудъ — «un vase clos»*. Скопляющееся отдѣляемое червеобразнаго отростка служитъ прекрасной питательной средой для всегда имѣющихся на слизистой оболочкѣ микробовъ, которые пышно разростаются и размножаются, а благодаря замкнутой полости превращаются изъ индифферентныхъ въ весьма патогенные, вызывая воспаленіе, изъязвленіе и гангрену стѣнокъ червеобразнаго отростка. Этому разрушительному процессу стѣнки способствуетъ кромѣ того пониженная жизнеспособность ея, благодаря сдавленію сосудовъ отростка, производимому застрявшимъ каловымъ камнемъ. Чтобы яснѣе выразить свою идею, Talamon сравнилъ припадки аппендицитовъ съ припадками желчныхъ коликъ (la lithiase biliaire) и, чтобы показать эту аналогію, онъ предложилъ названіе «colique appendiculaire».

Эта весьма остроумная теорія въ свое время мало обратила на себя вниманія и была принята только въ отдѣльныхъ частяхъ.

Въ 1896 году Dieulafoy [1]) въ засѣданіяхъ Société méd. des hôpitaux 10 февраля и Académie de Médecine 10 марта вновь выступилъ съ теоріей трансформаціи полости червеобразнаго отростка въ *закрытую полость* («une cavité close»), чѣмъ вызвалъ страстную полемику о пріоритетѣ со стороны Talamon'a [2]).

Dieulafoy, въ отличіе отъ Talamon'a, раздѣляетъ аппендицитъ на два типа: *«les appendicites avec calculs»* и *«les appendicites sans calculs»*. Первый типъ обнимаетъ значительно большее число случаевъ и Dieulafoy сравниваетъ и даже отождествляетъ процессъ здѣсь съ процессомъ образованія желчныхъ и почечныхъ камней: «l'appendicite lithiasique doit maintenant faire partie de la famille des lithiases: rénale ou biliaire et reconnaître une cause étiologique générale: la goutte ou l'arthritisme».—При второмъ типѣ, встрѣчающемся рѣже, превращеніе въ закрытую полость происхо-

[1]) Vicq D'Azyr. Encyclopéd. meth. T. II. 286. цит. по Турнеру.
[2]) Цит. по Шахтингеру.
[3]) Clauss A. Ueber spontane Damperforation.—In. Diss Zurich. 1856.
[4]) Lebert. Handbuch der practischen Medicin. Bd. 2. 1859.
[5]) Talamon. Typhlite aigué perforante.—Bull. Soc. anat. mars. 1882, Progrès médical. déc. 1882. Appendicite et Pérityphlite.—Paris. 1892.

[1]) Dieulafoy. A propos de l'appendicite expérimental—La méd. moderne. 1896. стр. 95.
— De l'appendicite.—La méd. moderne. 1896. № 21.
[2]) Talamon. Les idées (?) de M. Dieulafoy sur l'appendicite.—La méd. mod. 1896. № 21.

дить благодаря припуханію и плотному соприкосновенію слизистой оболочки червеобразнаго отростка на любомъ его протяженіи, или же вслѣдствіе медленнаго и прогрессивнаго стягиванія фиброзныхъ волоконъ стѣнокъ отростка по аналогіи съ тѣмъ же въ уретрѣ, или же благодаря какимъ либо другимъ механическимъ условіямъ.

Свое положеніе о наростающей вирулентности бактерій «въ замкнутой полости» Dieulafoy подтверждаетъ экспериментальными данными Clado, Klecki [1]), Roger et Josué [2]) и др., а также своими опытами, произведенными совмѣстно съ Caussade'омъ [3]), которыми онъ, между прочимъ, доказываетъ также, что не только микробы въ замкнутой полости становятся вирулентными, но и даже ихъ *токсины* пріобрѣтаютъ въ ней болѣе ядовитыя свойства.

Отсюда, аппендицитъ есть болѣзнь *токси-инфекціонная*.—Вліяніемъ токсиновъ Dieulafoy объясняетъ нѣкоторыя клиническія явленія, наблюдаемыя при перитифлитѣ, какъ то: желтуху, бѣлокъ въ мочѣ и нервные припадки. Токсичность въ нѣкоторыхъ случаяхъ можетъ быть смертельной.

Однако, теорія Talamon'a и Dieulafoy, несмотря даже на положительные результаты экспериментовъ (кромѣ перечисленныхъ, также опытовъ de Rouville [4]), Beaussenat [5]), Hartmann et Mignot [6]) и др.), принята далеко не всѣми клиницистами: многіе изъ нихъ или совершенно отвергли эту теорію, или оставили ее только въ нѣкоторыхъ частяхъ и для нѣкоторыхъ случаевъ.

Такъ, въ томъ же 1896 году въ засѣданіяхъ Парижской Медицинской Академіи и Хирургическаго Общества по поводу доклада Poncet [7]), французскіе врачи (Reclus, Tuffier и др.), высказались довольно обстоятельно о названной теоріи и притомъ противъ нея, а нѣкоторые изъ нихъ (Jalaguier, Broca и др.) не только отрицали этіологическое значеніе трансформаціи червеобразнаго отростка въ «une cavité close», но даже считали болѣе вѣроятнымъ признать это превращеніе, какъ послѣдствіе аппендицита—*предвѣстникомъ выздоровленія*.

Также и нѣкоторые экспериментаторы (Anghel [1]), Липавскій [2]) и др.) нашли, что и безъ закупорки просвѣта червеобразнаго отростка у кроликовъ одними только культурами *сильно вирулентныхъ* микробовъ можно вызвать воспаленіе червеобразнаго отростка, послѣдовательный перитонитъ и смерть животнаго. А Beaussenat вызывалъ воспаленіе отростка, уже при одномъ съуженіи просвѣта (*безъ* закрытія) и при совмѣстномъ раздраженіи стѣнокъ *химическимъ* или *механическимъ* путемъ.

Хотя въ цѣломъ теорія Talamon'a и Dieulafoy многими отрицается въ этіологіи аппендицитовъ, но въ главномъ своемъ ядрѣ—*повышеніи вирулентности микробовъ въ закрытой полости*, основательно подтверждена большинствомъ изслѣдователей.

Reclus [3]) даже расширилъ гипотезу Dieulafoy и Talamon'a, выставивъ свою теорію патогенеза аппендицитовъ—теорію «*застой или слизь мышка*», по которой не требуется даже замкнутости полости, а достаточно застоя въ слѣпомъ мѣшкѣ, что представляетъ собою червеобразный отростокъ, чтобы вызвать повышеніе вирулентности находящихся въ немъ микробовъ со всѣми его послѣдствіями.

Согласно своей теоріи, Reclus различаетъ 3 класса причинъ, ведущихъ къ воспаленію червеобразнаго отростка.

1) Мѣстныя причины, большею частью каловые камни и инородныя тѣла,—обнимающія 60% всѣхъ случаевъ.

2) Распространеніе инфекціи *съ кишечника* при enteritis, colitis и т. д.

3) Общая *инфекція* (корь, инфлюэнца и т. д.) вслѣдствіе застоя въ червеобразномъ отросткѣ должна держаться въ послѣднемъ дольше и сильнѣе.

Нѣкоторые же авторы во главѣ съ Sonnenburg'омъ не только не соглашаются съ гипотезой Talamon'a и Dieulafoy, какъ въ ея цѣломъ, такъ и совершенно отрицаютъ за каловыми камнями и инородными тѣлами *всякое этіологическое значеніе*.

[1]) Klecki. Recherches sur la pathogénie de la péritonite d'origine intestinale, étude de la virulence du colibacille.—Ann. de l'Inst. Pasteur. 9. 1895.

[2]) Roger et Josué. Appendicite expérimentale.—Soc. méd. des hôpitaux. Séance du 31 jan. 1896.

[3]) Dieulafoy et Caussade. Pathogénie de l'appendicite.—La presse méd. 1897. — La toxicité de l'appendicite.—Bull. de l'Acad. de Méd. T. 40, 1898.

[4]) de Rouville. Appendicites expérimentales par corps étrangers.—Soc. de biol. Séance du 7 nov. 1896.

[5]) Beaussenat. Appendicites expérimentales. Pathogénie de l'appendicite.—Thèse de doct. Paris, 1897.

[6]) Hartmann et Mignot. La presse méd., 1897.

[7]) Poncet. A propos de l'appendicite.—Académie de méd. Séance du 19 mai, 1896. — De l'appendicite.—Soc. de chir. Séance du 16 déc. 1896.

[1]) Anghel. Étude sur la pathogénie de l'appendicite.—Thèse de Paris, 1897.

[2]) Липавскій С. М. Къ вопросу о воспаленіи червеобразнаго отростка.—Дисс. С.-Петербургъ, 1901 г.

[3]) Reclus. Pathogénie de l'appendicite.—La Sem. méd. № 30, 1897.

Sonnenburg считаетъ, что каловые камни, находимые въ червеобразномъ отросткѣ, суть *не причина*, а *послѣдствіе* его заболѣванія; именно, воспалительное состояніе его съ усиленной секреціей слизистой способствуетъ образованію камней.

Подтвержденіе этому взгляду Ochler находитъ въ своихъ микроскопическихъ изслѣдованіяхъ строенія каловыхъ камней: найдя въ составѣ ихъ кусочки слизистой и железъ, онъ полагаетъ, что не камни ведутъ къ decubitus и appendicitis, а наоборотъ, аппендицитъ *первичный* и ведетъ къ образованію камней путемъ отложенія секрета и некротическихъ частей слизистой.

Главную же роль по мнѣнію Sonnenburg'а и др. играютъ въ развитіи воспаленій червеобразнаго отростка *микробы*.

Этотъ взглядъ едва ли можно признать вполнѣ правильнымъ. Значеніе микробовъ въ воспалительныхъ процессахъ весьма значительно, но и микробы не могутъ развернуть всей своей вирулентной силы при отсутствіи благопріятныхъ къ тому условій, какъ это мы подробно излагаемъ ниже въ главѣ о бактеріологіи. Присутствіе калового камня, какъ и какого либо инороднаго тѣла, является однимъ изъ такихъ условій, способствующихъ развитію и размноженію бактерій и повышающихъ ихъ вирулентность. Находясь въ червеобразномъ отросткѣ, каловой камень поддерживаетъ воспалительное состояніе слизистой, которое способствуетъ увеличенію камня въ объемѣ, создавая такимъ образомъ circulus vitiosus. Давленіемъ на слизистую, камень вызываетъ ея истощеніе и даже изъязвленіе и прободеніе стѣнки, а сдавливаніемъ сосудовъ послѣдней понижаетъ ея жизнеспособность.

Всѣ эти явленія заставляютъ признать за каловыми камнями значительную этіологическую роль на ряду съ микробами. Да и самъ Sonnenburg признаетъ за ними громадное вліяніе на воспаленныя стѣнки, влекущее за собою дальнѣйшее разрушеніе стѣнокъ червеобразнаго отростка со всѣми его послѣдствіями.

Дѣйствіе того и другого фактора идетъ рука объ руку и при отсутствіи вліянія какого либо изъ нихъ, дѣйствіе другого можетъ быть перенесено червеобразнымъ отросткомъ легко и безъ вреда. Кому изъ нихъ принадлежитъ первенствующая роль при такихъ условіяхъ, рѣшить весьма трудно. Возможно, что червеобразный отростокъ легко справляется даже съ весьма патогенными бактеріями, попадающими въ его просвѣтъ, если онъ находится въ нормальныхъ условіяхъ, напр., лишенъ всякаго содержимаго (калового камня или инороднаго тѣла), подобно тому, какъ брюшина безъ послѣдствій переноситъ патогенные микробы, при отсутствіи другихъ факторовъ (см. главу о бактеріологіи).

Что же касается того, что каловые камни или инородныя тѣла безъ вреда и подолгу переносятся червеобразнымъ отросткомъ, тому имѣется много примѣровъ. Такъ при своихъ изслѣдованіяхъ мы на 278 случаевъ въ 22 случаяхъ нашли каловые камни и въ 27 случаяхъ инородныя тѣла, т. е. въ 17%, измѣненія же со стороны стѣнокъ червеобразнаго отростка были незначительны и касались только слизистой (см. стр. 81 — 92 и *таблицы величины и состоянія червеобразнаго отростка*). Объясненіе тому надо искать въ отсутствіи патогеннаго дѣйствія микробовъ. Кромѣ нашихъ случаевъ, можно указать еще на классическіе случаи Matterstock'а и Lewis'а. Первый приводитъ случай изъ Gerhardt'овской клиники въ Іенѣ, гдѣ случайно на вскрытіи 17-мѣсячнаго мальчика нашли въ червеобразномъ отросткѣ свинцовую пуговку въ пфеннигъ величиною, безъ значительныхъ измѣненій отростка. Въ случаѣ Lewis'а [1]) на вскрытіи 88-лѣтняго старика, большаго любителя дичи, нашли въ червеобразномъ отросткѣ 122 (!) дробинки, между тѣмъ при жизни не было ни малѣйшихъ признаковъ заболѣванія отростка.

Другія предрасполагающія къ заболѣванію причины лежатъ въ самомъ *анатомическомъ строеніи* червеобразнаго отростка. Уже его несоотвѣтствіе толщины къ длинѣ, благопріятствуетъ къ застою находящагося въ немъ содержимаго, которое благодаря тому, (т. е. слабой циркуляціи, подъ дѣйствіемъ микроорганизмовъ попадаетъ разложенію), продукты послѣдняго дѣйствуютъ раздражающе на слизистую оболочку. Отсюда начало воспалительному состоянію. Если въ другомъ мѣстѣ кишечника такое воспалительное состояніе проходитъ быстро и безъ слѣда, то здѣсь, благодари узости просвѣта, даже при незначительномъ набуханіи слизистой, можетъ въ любомъ мѣстѣ произойти закрытіе просвѣта, что ведетъ за собою задержку воспалительныхъ продуктовъ въ периферической части отростка. Къ тому же отхожденіе червеобразнаго отростка отъ нижняго сегмента слѣпой кишки и направленіе его внизъ благопріятствуетъ, въ силу закона тяжести, попаданію въ него кишечнаго содержимаго, которое также по тѣмъ же причинамъ и благодаря слабо развитой мускулатурѣ не легко выталивается обратно; такъ по нашимъ дан-

[1]) Lewis G. A. Statistical contribution to our knowledge of abscess and other diseases consequent upon the lodgement of foreign bodies in the appendix vermif.— New-York journ. of med. 3. S. I, 328, 1856.

нымъ калъ при обыкновенныхъ условіяхъ констатируется въ 38,8%, а по даннымъ Bryant'a даже въ 46% (см. стр. 86).

Нѣкоторые авторы (Robinson) указываютъ еще на ту анатомическую особенность червеобразнаго отростка, что онъ, часто лежа на m. psoas, подвергается травматическому его дѣйствію, что при нарушеніи цѣлости отростка и нахожденіи въ немъ вредоносныхъ микробовъ ведетъ къ его воспаленію.

Отступленія же отъ нормальныхъ анатомическихъ отношеній: въ видѣ ли чрезмѣрной длины червеобразнаго отростка, или его ненормальнаго широкаго отверстія, или ненормальныя положенія съ искривленіями и перегибами и т. д. (см. стр. 92—95) прибавляютъ еще новыя условія, благопріятствующія задержкѣ содержимаго и дальнѣйшему развитію воспалительнаго процесса. Прежде бывшіе процессы въ самомъ червеобразномъ отросткѣ, оставившіе послѣ себя рубцовыя сужденія просвѣта, или же процессы, бывшіе вблизи отростка и повлекшіе за собою ненормальныя сращенія его съ окружающими частями, дѣлаютъ этотъ органъ легко подверженнымъ новымъ заболѣваніямъ (рецидивирующая форма перитифлита).

Какъ говорилось раньше, многими авторами приписывается значительная этіологическая роль Gerlach'овской *заслонкѣ* у отверстія червеобразнаго отростка, которая будто бы содѣйствуетъ задержкѣ содержимаго отростка, если она очень длинна или, наоборотъ, оставляетъ отверстіе открытымъ для прохожденія кишечнаго содержимаго, если она очень коротка.—Объ эфемерности существованія и, стало быть, объ отсутствіи значенія Gerlach'овской заслонки нами указано на стр. 73.

Watney[1], Fox[2], Ransohoff[3] и другіе американскіе и англійскіе изслѣдователи обратили вниманіе на одну особенность анатомическаго строенія червеобразнаго отростка, какъ способствующую его заболѣванію: его *богатство железистой тканью* заставило ихъ сравнить червеобразный отростокъ съ миндалевидными железами зѣва: какъ послѣднія находятся на пути прохожденія пищевыхъ массъ изъ полости рта, кишащей микробами, такъ и мимо червеобразнаго отростка въ обиліи проходитъ

[1]) Watney. On the minute anatomy of the alimentary canal.—Philosophical Transactions of the Royal Society. II. 1876.
[2]) Fox R. H. The nature of perityphlitis.—Lancet. II, 1166, 1885.
[3]) Ransohoff. Considerations of the anatomy, physiology and pathology of the caecum and appendix.—Journ. Amer. med. Assoc. XI, 40, 1888.

кишечное содержимое и при скопленіи твердыхъ каловыхъ массъ въ слѣпой кишкѣ, происходитъ вдавливаніе кишечнаго содержимаго, богатаго микробами, въ червеобразный отростокъ, представляющій собою слѣпой мѣшокъ, подобно тому, какъ это происходитъ съ криптами миндалевидныхъ железъ при актѣ глотанія.

Sahli даже вводитъ названіе *ангина червеобразнаго отростка*.

Нѣкоторые авторы (Apoland[1]) и др., см. стр. 156), наблюдали даже одновременное заболѣваніе миндалинъ и червеобразнаго отростка.

Что железистая ткань способствуетъ развитію воспаленій, могутъ служить тому подтвержденіемъ также изслѣдованія Ribbert'a, показавшія, что развитіе железистой ткани наиболѣе выраженно въ молодомъ возрастѣ,—какой именно чаще всего подвергается заболѣваніямъ червеобразнаго отростка (см. ниже).

Весьма интересное объясненіе большей частоты заболѣванія и глубокихъ патологическихъ измѣненій червеобразнаго отростка, сравнительно съ остальною частью кишечника, мало отличающейся по своему строенію отъ перваго, даетъ J. M. van Cott[2]), изслѣдовавшій, по просьбѣ Fowler'a, 13 червеобразныхъ отростковъ, удаленныхъ послѣднимъ; van Cott видитъ причину этой разницы въ *особенностяхъ васкуляризаціи и иннерваціи* червеобразнаго отростка, поставленнаго въ этомъ отношеніи въ худшія условія, чѣмъ остальной кишечникъ. Именно, червеобразный отростокъ снабжается нервами и сосудами только съ одной стороны, главнымъ образомъ со стороны брыжжейки, получая въ незначительной степени коллатеральныя вѣтви со слѣпой кишки. У женщинъ червеобразный отростокъ снабжается кровью, кромѣ того, черезъ lig. appendic.-ovaric. и поэтому онѣ рѣже заболѣваютъ перитифлитомъ, чѣмъ мужчины.

Изслѣдованія van Cott'a показали, что во всѣхъ случаяхъ имѣется въ брыжжейкѣ червеобразнаго отростка та или другая форма *пораженія сосудовъ*, ведущая къ нарушенію кровообращенія: *Para*,—*Peri* или *Endovasculiitis* или *организованные тромбы*. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ найденъ рѣзко выраженный *Neuritis interstitialis chronica*, часто съ атрофіей нервныхъ волоконъ.

Такое пораженіе сосудовъ, представляющихъ собою къ тому

[1]) Apoland. Ueber das gleichzeitige Vorkommen von Angina und Perityphlitis.—Therapeutische Monatsschrift 1897.
[2]) Приведено у Fowler'a.

же конечныя артеріи, и нервовъ (среди которыхъ должны быть трофическіе) должно, конечно, влечь за собою глубокія трофическія измѣненія стѣнки червеобразнаго отростка, понижать ея жизнеспособность и даже вести къ мѣстному некрозу. Авторъ указываетъ здѣсь на аналогію пораженія червеобразнаго отростка съ ulcus ventriculi, вслѣдствіе endarteriitis сосудовъ желудка, и ulcus perforans конечностей, вслѣдствіе пораженія трофическихъ нервовъ. Большая подвижность червеобразнаго отростка и его брыжейки легко ведетъ къ перекручиванію сосудовъ и нервовъ и вызываетъ ихъ дегенерацію съ названными послѣствіями.

Къ тѣмъ же измѣненіямъ сосудовъ и нервовъ съ трофическими разстройствами ведетъ также найденная во всѣхъ случаяхъ прогрессивная гиперплазія различныхъ слоевъ стѣнки отростка, развивающаяся вслѣдствіе повторной гипереміи или хроническаго стаза. Эти гиперпластическія измѣненія червеобразнаго отростка и его брыжейки van Cott приравниваетъ къ циррозу печени или почекъ.

Эти то пораженія сосудовъ и нервовъ брыжейки червеобразнаго отростка дѣлаютъ изъ послѣдняго locus resistentiae minoris для бактерійнаго зараженія.

Мало того, при такихъ измѣненіяхъ въ стѣнкахъ червеобразнаго отростка создаются условія, благопріятствующія повышенію вируленстности микробовъ, такъ какъ при пониженномъ питаніи стѣнокъ вслѣдствіе развитія анэміи ихъ при стѣнкахъ и эмболіяхъ сосудовъ отростка, по даннымъ Pozzi [1]), усиливается вируленстность бактерій, что недавно подтвердилъ также и Klecki [2]) своими экспериментами съ перевязкой сосудовъ, идущихъ къ червеобразному отростку.

Интересны также опыты Chastanet [3]), доказывающіе пониженную жизнеспособность стѣнки червеобразнаго отростка, благодаря недостаточному кровеснабженію. Chastanet производилъ у кроликовъ сильное травматическое поврежденіе стѣнокъ червеобразнаго отростка и въ параллельномъ рядѣ опытовъ такое же поврежденіе тонкихъ кишекъ. Черезъ нѣкоторое время на вскрытіяхъ животныхъ въ тонкихъ кишкахъ не оставалось никакихъ слѣдовъ, въ червеобразномъ отросткѣ же еще оставалось изъязвленіе слизистой.

[1]) Pozzi. Pathogénie de l'appendicite.– Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris Séance 16 déc. 1896.

[2]) Klecki. Contribution à la pathogénie de l'appendicite.—Annales de l'Institut Pasteur. T. VI. 1899.

[3]) Chastanet. Quelques recherches sur l'appendicite. — Thèse de Paris, 1897.

Однако, изслѣдованія Breuer'a [1]), произведенныя по порученію Nothnagel'я для провѣрки данныхъ van Cott'a и обнимающія собою 30 червеобразныхъ отростковъ, не подтвердили выводовъ van Cott'a. Во первыхъ, изслѣдованія Breuer'a показали, что кровеносная система червеобразнаго отростка, если и не отличается богатствомъ коллатеральныхъ путей, то во всякомъ случаѣ она не можетъ быть приравнена къ конечнымъ сосудамъ (Endarteria) головного мозга, селезенки и печени. Во вторыхъ, измѣненія сосудовъ носятъ характеръ одновременныхъ сопутствующихъ измѣненій при воспалительныхъ состояніяхъ, какъ въ любомъ мѣстѣ кишечника, а не предшествующихъ и служащихъ дѣйствительной причиной воспаленія. Не обнаружено также и измѣненій нервовъ, какія можно было бы признать за этіологическія причины, какъ то понималъ van Cott. Не могъ найти Breuer также и сосуда, идущаго черезъ lig. appendic.-ovar.

Травмы въ воспаленіи червеобразнаго отростка играютъ значительную роль. Правда, въ большинствѣ случаевъ онѣ не имѣютъ значенія первоначальнаго этіологическаго момента, хотя больные нерѣдко и указываютъ на начало болѣзни вслѣдъ за дѣйствіемъ какого либо механическаго инсульта, но, въ дѣйствительности, начало болѣзни червеобразнаго отростка относится къ болѣе или менѣе продолжительному времени до дѣйствія травмы, которая затронула уже больной червеобразный отростокъ, представлявшій собою въ этотъ моментъ, по фигуральному выраженію Bossard'a [2]), «*заряженную бомбу*». смертоносный взрывъ которой послѣдовалъ отъ дѣйствія того или другого инсульта. Еще болѣе губительно дѣйствуютъ травмы на образовавшійся уже перитифлическій гнойникъ, вызывая его прободеніе въ здоровую брюшную полость съ послѣдовательнымъ общимъ перитонитомъ.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, однако, травма можетъ играть также и *начальную* этіологическую роль. Такъ, изъ новѣйшихъ авторовъ Neumann [3]), найдя въ большинствѣ случаевъ травматическаго перитифлита въ червеобразномъ отросткѣ каловой камень, полагаетъ, что послѣдній отъ удара травматизируетъ стѣнку отростка и тѣмъ способствуетъ ея воспаленію.

[1]) Приведено у Nothnagel'a. Die Erkrankungen des Darmes und des Peritoneum. Wien. S. 631. 1898.

[2]) Bossard. Ueber die Verschwärung und Durchbohrung des Wurmfortsatzes Inaug. Diss. Zürich. 1869.

[3]) Neumann M. Ueber Appendicitis und ihren Zusammenhang mit Traumen. Arch. f. klin. Chir. Bd. LXII. H. 2. 1900.

Подобнаго же мнѣнія придерживается и Fürbringer [1], указывающій на то, что травматизированный червеобразный отростокъ болѣе доступенъ дѣйствію бактерій, не говоря уже о тѣхъ случаяхъ, гдѣ травма черезъ посредство калового камня или инороднаго тѣла, находящагося въ червеобразномъ отросткѣ, вызываетъ его прободеніе съ послѣдовательнымъ общимъ перитонитомъ.

Изъ другихъ новѣйшихъ авторовъ развитіе перитифлита ставятъ въ причинную связь съ предшествовавшей травмой также Schottmüller [2], Nimiez [3] и др.

Виды травмъ, вслѣдствіе которыхъ послѣдовало прободеніе червеобразнаго отростка или перитифлитическаго гнойника или вообще развитіе перитифлита, въ литературѣ отмѣчены самые разнообразные, особенно частыя указанія на травмы встрѣчаются у болѣе старыхъ авторовъ.

Наиболѣе часты случаи прободенія вслѣдствіе *удара* въ животъ, какъ приводятъ тому примѣры Volz, Delorme [4], Borchardt и мн. др., и, какъ отмѣченъ *у насъ* въ случаѣ № 24 тер., удавъ сундука въ животъ; вслѣдствіе *паденія*—въ случаяхъ Löschner'a, Volz'a, Homann'a, [5], Mörs'a [6] и мн. др. и *у насъ* въ случаяхъ № 4 тер. и № 30 хир.

Послѣ *поднятія тяжестей* —въ случаяхъ Volperling'a, Bossard'a и мн. др. и *у насъ* въ случаяхъ № 25 хир., №№ 57, 87 и 88 тер.

Послѣ *танцевъ или чрезмѣрныхъ движеній*—въ случаяхъ Volz'a, Cless'a [7] и др. и *у насъ* въ случаѣ № 7 хир.

Послѣ *продолжительной ѣзды*—случаи Amyot [8], Büchner'a [9], Paterson'a [10] и др. и *у насъ* въ случаѣ № 53 хир.

При *движеніяхъ въ постели*—въ случаѣ Langton-Down'a;

[1] Fürbringer. Zur Kenntniss der traumatischen Perityphlitis.—Aerztl. Sachverst.-Zeitung № 9. 1900.

[2] Schottmüller. Epityphlitis traumatica.—Mitt. aus d. Grenzg. d. Med. u. Chir. H. 1. 2. 1900.

[3] Nimiez. Traumatisme abdominale et appendicite.—Gaz. hebdom. № 1. 1899.

[4] Delorme.—Bull. méd. 28 Jan. 1896.

[5] Homann C. D. Typhlo-enteritis—peritonitis after an accident.—Bost. med. a. surg. Journ. LXXVII. 1867.—Ibidem 1876.

[6] Mörs. Pylephlebitis im Folge von Verschw. des Proc. vermif.— D. Arch. f. klin. Med. IV. 1868.

[7] Cless. Tödtliche Peritonitis mit Durchbohrung des Wurmfortsatzes.— Med. Cor. Bl. d. Württ. ärztl. Ver. XVII 27. 1847.

[8] Amyot.—Med. Times and Gaz. Jan. 24. 1857.

[9] Büchner E. Ein Fall von Entzünd. des Proc. verm. Würzl. med. Zeitschr. III. 24. 1862.

[10] Paterson—Lond. med. Gaz. 1844.

послѣ *прибою наложенія катаплазмы* на животъ, какъ въ случаѣ Tüngel'я или *послѣ впитранія въ животъ*, какъ *у насъ* въ случаяхъ №№ 25 и 44 хир.; а въ случаѣ Cathelin'a et Lévesque [1] послѣ *ощупыванія живота* и катетеризаціи пузыря.

Также давно извѣстны случаи развитія перитонита со смертельнымъ исходомъ *послѣ употребленія лекарствъ*, вызывающихъ механическіе инсульты вслѣдствіе напряженія брюшнаго пресса и усиленной перистальтики кишекъ: сюда относятся старые случаи Abercrombie [2], Stockes [3], Eimer'a [4] и др., наблюдавшихъ развитіе диффузнаго перитонита послѣ *слабительныхъ*, Urban'a [5]—послѣ *рвотнаго*, Mélier, Böhr'a [6] и др., послѣ клизмы и т. п.

Недавно Ladinski [7] сообщилъ рѣдкій случай *разрыва* сосуда брыжейки червеобразнаго отростка съ обильнымъ кровотеченіемъ въ брюшную полость у $11^1/_2$ лѣтняго мальчика.

Остается упомянуть еще объ одномъ этіологическомъ моментѣ въ заболѣваніяхъ червеобразнаго отростка, приводимомъ Herzog'омъ. Исходя изъ наблюденій Rose (см. ниже) надъ «вторичными перитифлитами» послѣ *ущемленія* червеобразнаго отростка въ грыжѣ и обратнаго вправленія, Herzog склоняется къ той мысли, что большая часть перитифлитовъ суть *вторичные*, вслѣдствіе *ущемленія*. Представляя собою небольшія грыжи, они легко просматриваются и, подвергшись сильному ущемленію, подпадаютъ быстрому прободенію и гангренѣ. Для обратнаго вправленія въ брюшную полость такихъ спавшихся послѣ прободенія червеобразныхъ отростковъ, не требуется даже очень насильственныхъ ощупываній, для этого достаточно уже того вытяженія, которое производитъ самъ кишечникъ, раздутый вслѣдствіе ущемленія.

[1] Cathelin F. et Lévesque G. Rupture d'abscès appendiculaire au cours du palper abdominal; laparotomie immédiate; guérison.—L'écho méd. du nord. 20 oct 1898.

[2] Ladinski. Internal Hemorrhage the result of traumatic rupture of adhesiones due to acute appendicitis, with the report of a case.—Med. Rec. 15 Dec. 1900.

[3] Urban. Enteritis gangraenosa ab enterolithide processus vermic. causata. Jahrb. des ärztl. Ver. zu München III, 155. 1841.

[4] Abercrombie. Untersuchungen über die Krankheiten des Magens, Darmkanals etc. Перевод. на нѣмецкій G. v. d. Busche. Bremen. 1830.

[5] Böhr. Med. Zeit. v. Ver. f. Heilk. in Prag. № 27. 1837.

[6] Stockes. De l'emploi de l'opium à haute dose dans le traitement de la péritonite due à la perforation de la membrane séreuse.—Gaz. méd. de Paris. 1835. стр. 166.

[7] Eimer. Fall von Durchbohrung des Wurmfortsatzes.—Henles u. Pfeiffers Zeitschr. X. 3. 1851.

b) Причины общаго характера, не непосредственно дѣйствующія на червеобразный отростокъ.

Съ того времени, какъ стало больше и больше выясняться этіологическое значеніе заболѣванія червеобразнаго отростка въ воспалительныхъ процессахъ подвздошно-слѣпой ямки, все болѣе и болѣе отрицалось участіе заболѣваній кишечника въ этихъ процессахъ. Понятіе о перитифлитѣ сформировалось въ понятіе о самостоятельномъ заболѣваніи червеобразнаго отростка, внѣ всякой связи съ заболѣваніями кишечника, о заболѣваніи sui generis въ строгомъ смыслѣ. Въ образованіи такого понятія сказался до нѣкоторой степени протестъ противъ раньше господствовавшаго представленія о перитифлитѣ, какъ о заболѣваніи слѣпой кишки, о копростазѣ въ ней.

Между тѣмъ, уже одни логическія соображенія должны возобновить эту отрицаемую связь. Червеобразный отростокъ не есть какой либо органъ, обособленный отъ кишечника: наоборотъ, онъ есть его неразрывная часть. При заболѣваніяхъ *желудочно-кишечнаго тракта*, по всему его протяженію или въ отдѣльныхъ частяхъ (gastro-enteritis, entero--colitis, colitis), червеобразный отростокъ долженъ принять также участіе, такъ какъ нѣтъ никакихъ причинъ, или, по крайней мѣрѣ, мы не знаемъ такихъ причинъ, которыя бы защищали его отъ общаго дѣйствія болѣзнетворныхъ факторовъ. Патолого-анатомическія изслѣдованія червеобразнаго отростка при различныхъ специфическихъ заболѣваніяхъ кишечника—при тифѣ, туберкулезѣ, дизентеріи, даже холерѣ (Finkelstein) [1]) установили внѣ сомнѣнія его участіе въ этихъ процессахъ (см. стр. 59 и спец. заб. ч. отр.). Почему же другіе воспалительные процессы кишечника не должны распространяться на червеобразный отростокъ?

Въ громадномъ большинствѣ случаевъ заболѣванія желудочно-кишечнаго тракта купно съ червеобразнымъ отросткомъ проходятъ безслѣдно для послѣдняго, но иногда, благодаря тѣмъ особенностямъ, о которыхъ мы говорили выше, процессъ въ отросткѣ задерживается больше, чѣмъ въ остальномъ кишечникѣ и, если не развивается до полной картины перитифлита, то оставляетъ послѣ себя слѣды въ видѣ небольшихъ рубцовъ, атрофіи слизистой, конкрементовъ и т. п. Въ этомъ отношеніи Sonnenburg правъ, говоря, что заболѣванія

[1]) У Sonnenburg'а.

червеобразнаго отростка остаются незамѣченными ни больными, ни врачами, и симптомы ихъ относятся къ другимъ заболѣваніямъ, а между тѣмъ, они являются начальной стадіей перитифлита и, если не всегда близкой, то отдаленной этіологической причиной его.

Остатки бывшаго раньше, можетъ быть, очень давно, воспаленія червеобразнаго отростка совмѣстно съ воспаленіемъ всего кишечника, создаютъ лишнія условія для болѣе тяжелаго заболѣванія отростка даже въ тотъ моментъ, когда остальной кишечникъ остается, повидимому, здоровымъ.

Въ нашихъ случаяхъ отмѣчено слѣдующее состояніе кишечника до начала заболѣванія:

запоръ	въ 43	случ.
поносъ	» 18	»
поносъ и запоръ	» 3	»
нормальное отправленіе кишечника	» 45	»
ничего не отмѣчено	» 51	»

Если даже эти послѣдніе 51 случай мы присоединимъ къ случаямъ съ нормальнымъ отправленіемъ кишечника, то и тогда мы будемъ имѣть на 96 случаевъ съ нормальнымъ отправленіемъ кишечника 64 случая съ нарушеннымъ, т. е. въ 40% всѣхъ случаевъ. Эта цифра заставляетъ признать нѣкоторую этіологическую связь между заболѣваніями кишечника и заболѣваніями червеобразнаго отростка.

Borchardt y 65 больныхъ нашелъ слѣдующія отправленія кишечника до начала болѣзни: въ 41 случаѣ предшествовали *запоры*, въ 10 случаяхъ—*поносы* и въ 15 случаяхъ былъ *нормальный стулъ*.

По даннымъ же Deaver'a, въ $57\frac{1}{2}\%$ былъ *запоръ*, въ $15\frac{1}{2}\%$—*поносъ* и только въ $8\frac{1}{2}\%$—*нормальный стулъ*.

Болѣе частая заболѣваемость перитифлитомъ сѣверо-американцевъ и англичанъ сравнительно съ европейцами, а также сравнительно съ сельскими жителями, находитъ себѣ объясненіе отчасти въ томъ, что первые ведутъ болѣе дѣятельную жизнь, связанную съ безпрерывными переѣздами и стало быть менѣе урегулированную въ діэтетическомъ отношеніи, что влечетъ за собою болѣе частыя желудочно-кишечныя заболѣванія.

Помимо непосредственной передачи заболѣванія кишечника на червеобразный отростокъ, заболѣваніе перваго, а именно слѣпой

кишки, можетъ также дѣйствовать на червеобразный отростокъ и *вторично*: при воспалительномъ набуханіи слизистой оболочки слѣпой кишки узкое отверстіе червеобразнаго отростка можетъ закрыться: подобно тому, какъ закрывается отверстіе ductus choledochus при катаррѣ 12-ти перстной кишки и возникаетъ задержка желчи съ icterus catarrhalis, такъ и здѣсь происходитъ застой отдѣляемаго отростка со всѣми послѣдствіями того.

Выше приведенныя наши данныя и данныя Borchardt'a и Deaver'a показываютъ, что *запоръ* чаще, чѣмъ *поносы*, предшествуютъ перитифлитамъ. Объясняется это тѣмъ, что задержка испражненій, копростазы, затрудняютъ оттокъ отдѣляемаго червеобразнаго отростка, а это ведетъ къ застою и распаденію отдѣляемаго.

По объясненію же Simon'a [1]), вслѣдствіе застоя кала въ слѣпой кишкѣ отверстіе червеобразнаго отростка расширяется и тѣмъ легче попадаютъ въ него посторонніе тѣла.

Неоднократно замѣчалось, что вмѣстѣ съ первымъ опорожненіемъ кишечника наступало быстрое улучшеніе. Возможно, конечно, что это опорожненіе кишечника въ большинствѣ случаевъ является уже не причиной, а послѣдствіемъ улучшенія, однако, извѣстное этіологическое значеніе запоровъ отрицать нельзя. Лучшимъ доказательствомъ этіологической роли запоровъ можетъ служить то, что для успѣшнаго предотвращенія рецидивовъ перитифлита считается непремѣннымъ условіемъ устраненіе хроническихъ запоровъ.

На основаніи вышеизложеннаго, становится несомнѣннымъ, что *погрѣшности въ діэтѣ*, влекущія за собою желудочно-кишечныя разстройства, могутъ черезъ посредство послѣднихъ быть причиной припадковъ перитифлита, какъ это нерѣдко ставится въ связь самими больными, и какъ это особенно часто наблюдается при хроническихъ рецидивирующихъ перитифлитахъ.

Beaussenat, кормя кроликовъ испортившимся мясомъ и тѣмъ вызывая энтероколитъ, легко могъ производить у нихъ воспаленія червеобразнаго отростка, введеніемъ въ его полость бактерій, тогда какъ эти бактеріи переносились безъ всякой реакціи здоровыми червеобразными отростками.

---

[1]) Simon. Des accidents prémonitoires des typhlites, périsyphlites et appendicites.— Bull. méd. V. p. 849, 1891.

Послѣднее время стали обращать большое вниманіе на связь заболѣваній червеобразнаго отростка съ особымъ кишечнымъ заболѣваніемъ, такъ называемымъ *перепончатымъ или слизистымъ воспаленіемъ толстыхъ кишекъ (colitis membranacea seu mucosa)*. Однако, въ то время какъ одни авторы (Reclus [1]), Dumontpallier [2]), Plicque [3]) названное страданіе считаютъ за причину заболѣваній червеобразнаго отростка, другіе (Glénard [4]), Dieulafoy [5]) и др.), совершенно отрицаютъ эту связь, указывая на многія наблюденія, гдѣ при colitis membranacea ни одновременно, ни раньше, ни позже не наблюдалось заболѣванія червеобразнаго отростка. Третьи, наконецъ (Czerny-Haeddaeus [6]), Shoemaker [7]) и др.), не отрицая этіологической связи между тѣмъ и другимъ страданіемъ, скорѣе, однако, склонны видѣть въ заболѣваніяхъ червеобразнаго отростка *первичное явленіе* — причину развитія перепончатыхъ колитовъ, или же видѣть въ томъ и другомъ явленіи *взаимное соотношеніе*. Такъ, Czerny-Haeddaeus подробно останавливаются на этомъ вопросѣ: «Нашъ опытъ говоритъ за то, что *между аппендицитомъ и названнымъ колитомъ (colitis membranacea seu mucosa) существуетъ весьма тѣсная этіологическая связь*, находящаяся, вѣроятно, въ взаимномъ отношеніи (Wechselverhältniss): съ одной стороны, существующія при хроническомъ аппендицитѣ разстройства кишечной циркуляціи ведутъ къ застою кала, къ раздраженіямъ и воспалительнымъ явленіямъ, вызываемымъ механическимъ и химическимъ путемъ, и проявляющимся въ вышеназванныхъ симптомахъ, съ другой стороны, наоборотъ, хроническій колитъ можетъ повести къ воспалительнымъ явленіямъ въ области червеобразнаго отростка и задержаться здѣсь надолго, при чемъ, вслѣдствіе воспалительнаго набуханія, слизистой оттокъ отдѣляемаго червеобразнаго отростка затрудняется или совершенно прекращается. Послѣдствіемъ этого являются уплотненія, образованія камней, нагноенія и проваленія. Первый путь,

---

[1]) Reclus. Entérocolite et appendicite.—Bull. de l'acad. de méd. t. 37. 1897.

[2]) Dumontpallier. A propos de l'appendicite.—Bull. de l'acad. de. méd. Mai, 1897.

[3]) Plicque. A. F. Colitis muco-membranacea.—La presse méd. № 77. 1899.

[4]) Glénard. Colitis muco-membanacea et l'appendicite.—Bull. de l'acad. de méd. Avril. 1897.

[5]) Ibid.

[6]) Czerny und Haeddaeus. Beitrag zur Pathologie und Therapie der Wurmfortsatzentzündung.— Beitr. z. kl. Chir 21. Bd. 2. 1898.

[7]) Shoemaker. G. F. The Importance of chronic Irritability of the colon with mucous stools as a symptom of appendicitis.—Annals of surgery, June, 1898.

т. е. что аппендицитъ есть *первичное* явленіе, кажется намъ во всякомъ случаѣ значительно болѣе частымъ. До сихъ поръ на эту связь или совершенно не обращали вниманія, или очень мало, и, такъ какъ это страданіе по преимуществу наблюдается у женщинъ, разсматривали его какъ истерическое явленіе, такъ что даже въ учебникахъ говорится, что при истеріи наблюдается отхожденіе изъ rectum слизистыхъ перепонокъ. Безъ сомнѣнія, здѣсь смѣшивается причина съ послѣдствіемъ; ибо, если дѣло доходитъ уже до того, что изъ кишекъ выходятъ большіе куски, то это является достаточнымъ анатомическимъ основаніемъ для субъективныхъ жалобъ, и въ этомъ лежитъ причина кажущейся истеріи. Мы нигдѣ не нашли указаній на этотъ этіологическій моментъ аппендицитовъ. Леченіе оказывается въ высшей степени труднымъ, такъ какъ болѣзнь упорно продолжается мѣсяцами и годами. Соотвѣтствующая діэта и правильно повторяемые масляные клистиры (Kussmaul) приносятъ существенное облегченіе и болѣе или менѣе продолжительное улучшеніе. Это упорство страданія объясняется преимущественно тѣмъ, что предрасполагающія къ нему причины, въ видѣ сросшеній и т. п., очень трудно устранить.

И такъ, эта этіологія аппендицитовъ должна указывать намъ на то, чтобы мы были не особенно скупы на операціи, дабы новые припадки не пріумножили сросшеній и кишечныхъ разстройствъ».

Почти одновременно съ Czerny-Haeddaeus и независимо отъ нихъ, G. Er. Shoemaker также обращаетъ вниманіе и, какъ онъ полагаетъ, впервые, на стулъ съ обильною слизью и болями живота при аппендицитахъ. Эти симптомы, по его мнѣнію, могутъ оказать значительную пользу:

1) при постановкѣ дифференціальнаго діагноза между аппендицитомъ и воспаленіемъ тазовыхъ органовъ, чему онъ приводитъ примѣры, и

2) авторъ полагаетъ, что воспаленіе червеобразнаго отростка играетъ *первичную* роль при хроническихъ катарральныхъ заболѣваніяхъ кишечника: стѣнки червеобразнаго отростка содержатъ въ изобили лимфатическія железы; возможно, что въ полости его bacterium coli commune, равно какъ и другія, обычно встрѣчающіяся въ кишечникѣ бактеріи пріобрѣтаютъ особыя свойства, и продукты ихъ дѣятельности, изливаясь въ кишечникъ, благопріятствуютъ въ этихъ случаяхъ отдѣленію особеннаго, необыкновенно злокачественнаго слизистаго стула.

Авторъ приводитъ два случая, гдѣ больные время отъ времени страдали жестокими болями живота съ отхожденіемъ слизистыхъ испражненій. Удаленіе червеобразнаго отростка избавило ихъ отъ этихъ страданій.

Shoemaker, между прочимъ, ссылается на Osler'a («Practice of Medicine»), который приводитъ случаи, гдѣ мукозные колиты протекали подъ видомъ аппендицитовъ и гдѣ даже намѣревались дѣлать операцію.

О связи спазтическихъ колитовъ съ пораженіемъ червеобразнаго отростка упоминаетъ еще Talamon[1]), слова котораго мы приведемъ буквально:

«Il ne faut donc pas dire, à notre avis, que la constipation ou la diarrhée favorise le développement de l'appendicite. Constipation et diarrhée sont de nature particulière; elles sont les effets possibles, mais non certains, d'un trouble fonctionnel du gros intestin qui se rattache à ces états mal définis qu'on nomme atonie intestinale, *colite membraneuse*, *colite muqueuse*. Ce mauvais fonctionnement du gros intestin, caractérisé à la fois par une *sécrétion défectueuse de la muqueuse* et par des contractions insuffisantes, paresseuses ou inégales de la couche musculaire, se traduit plutôt *par des douleurs sourdes du ventre*, par une tension anormale de l'abdomen, par des selles irrégulières, tantôt *glaireuses*, tantôt sèches, que par une constipation ou une diarrhée proprement dites».

Связь хроническихъ колитовъ съ аппендицитомъ, по объясненіемъ Talamon'a, состоитъ въ томъ, что кишечная стѣнка въ такихъ случаяхъ сокращается неравномѣрно, образуются мелкіе карманы въ слизистой оболочкѣ, гдѣ и откладываются конкременты, попадающіе затѣмъ въ червеобразный отростокъ.

Эти слизистые колиты могутъ быть весьма не рѣзко выражены и не замѣчены при вскрытіяхъ подобно тому, какъ нельзя замѣтить на вскрытіи поверхностнаго катарральнаго состоянія слизистой оболочки при простомъ бронхитѣ или насморкѣ.

Эти ослабленныя формы спазтическихъ колитовъ, между прочимъ, нерѣдко наблюдаются въ дѣтскомъ возрастѣ, и Talamon, ссылаясь на Jules Simon'a, указываетъ на роль этихъ кишечныхъ заболѣваній въ этіологіи перитифлитовъ въ дѣтскомъ возрастѣ.

[1]) l. c. p. 82—83.

Нѣкоторые авторы (Mathieu [1]), Mongourt и др.) наблюдали при enteritis membranacea также *кишечный песокъ*, что они ставятъ въ патогенетическую связь, а стало быть, возможна и патогенетическая связь между развитіемъ каловыхъ камней въ просвѣтѣ червеобразнаго отростка и мукознымъ колитомъ.

Общее инфекціонное состояніе.—Нѣкоторые авторы, по преимуществу, французскіе (Brun, Reclus, Jalanguier [2]), Merklen [3]), Tripier et Paviot [4]), Le Clerk [5]), Julie [6]), Gagnière [7]), Серебрянниковъ [8]), Kretz [9]). Adrian [10]) и др.) полагаютъ, *что перитифлитъ не рѣдко является частью общаго острою инфекціоннаго состоянія*. Такъ они наблюдали больныхъ, у которыхъ были, напр., явленія *гриппа* съ болями въ затылкѣ, съ лихорадкой и т. п., и только на 3-й—4-й день появлялись первые признаки перитифлита. Faisan [11]) утверждаетъ даже, что одна изъ наиболѣе частыхъ причинъ аппендицита есть *инфлюэнца*, за что говоритъ будто бы то, что уже около 12 лѣтъ, какъ аппендицитъ сдѣлался наиболѣе частымъ, т. е. за время, какъ свирѣпствуетъ инфлюэнца; во 2-хъ, всегда во время эпидеміи инфлюэнцы наблюдается небольшая эпидемія перитифлита.

Видѣли также перитифлиты, появлявшіеся въ теченіе *скарлатины, кори, ангины, внутренной оспы, тифа* и т. п.

Причину совмѣстнаго существованія перитифлита съ названными общими болѣзненными состояніями объясняютъ различно:

Такъ, Jalanguier полагаетъ, что перитифлитъ есть результатъ

---

[1]) Mathieu. La lithiase intestinale et la lithiase appendiculaire.—Gaz. des hôpitaux. № 39. 1896.

[2]) Прения по поводу доклада Poncet.—A propos de l'appendicite.—Acad. de méd. Séance du 19 mai, 1896.

[3]) Merklen. Appendicite grippale.—La sem. méd. 1897.

[4]) Trippier et Paviot. L'appendicite par infection générale.—La sem. méd. № 10. 1899.

[5]) Le Clerc.—Journ. de méd. 25 avr. 1900.

[6]) Julie.—Arch. de méd. et de pharm. milit. t. 31. 1898.

[7]) Gagnière. Grippe et appendicite. Gaz. des. hôp. № 126. 1899.

[8]) Серебрянниковъ Е. В. Случай воспаленія червеобразнаго отростка, развившагося послѣ гриппа.—Южно-русская Медиц. Газета № 25. 1897.

[9]) Kretz. Phlegmone des Processus vermiformis im Gefolge einer Angina tonsillaris.—Wien. klin. Woch. № 49. 1900.

[10]) Adrian. C. Die Appendicitis als Folge einer Allgemeinerkrankung. Klinisches und Experimentelles— Mitt. a. d. Grenzg. d. Med. u. d. Chir. Bd. VII. H. 4 u. 5. 1901.

[11]) Faisan.—Soc. méd. des hôp. de Paris. 25 mars. 1899.

усиленія въ данный моментъ (l'exagération momentanée) вирулентности микробовъ, находящихся всегда въ червеобразномъ отросткѣ.

Reclus [1]), исходя изъ своей теоріи патогенеза аппендицитовъ («теоріи застоя или слѣпого мѣшка»), объясняетъ аппендициты, развивающіеся въ теченіе какой либо общей инфекціонной болѣзни тѣмъ, что инфекція въ червеобразномъ отросткѣ, какъ слѣпомъ мѣшкѣ, задерживается дольше и развиваетъ болѣе вирулентныя свои свойства.

Образцовъ [2]) тоже полагаетъ, что при тифлитахъ въ теченіе гриппа имѣется дѣло съ локализаціей въ слѣпой кишкѣ Pfeiffer'овскихъ палочекъ, подобно тому, какъ при простыхъ тифлитахъ съ bact. coli comm. Adrian въ одномъ случаѣ перитифлита, осложненнаго инфлюэнцей, въ перитифлитическомъ гною нашелъ Pfeiffer'овскія палочки, въ чемъ онъ видѣлъ неопровержимое доказательство причинной связи. Zoya полагаетъ, что гриппозная инфекція можетъ локализоваться также во Flex. sigmoidea и повести къ сигмоидиту и перисигмоидиту, какъ онъ, будто бы, наблюдалъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ.

Tripier и Paviot идутъ даже дальше: они не только признаютъ, что при какой либо общей инфекціонной болѣзни—заразное начало, вслѣдствіе благопріятныхъ къ тому условій застоя, можетъ локализоваться въ червеобразномъ отросткѣ, но что даже многіе случаи обыкновеннаго аппендицита есть не болѣе, какъ мѣстная локализація общаго инфекціоннаго страданія. Такъ, они беруть излюбленный многими авторами примѣръ перитифлита,ступившаго Gambett'y, и объясняютъ его не случайнымъ осложненіемъ, наступившимъ въ періодѣ заживленія огнестрѣльной раны руки, а мѣстной локализаціей въ червеобразномъ отросткѣ общей гнойной инфекціи, идущей отъ зараженной раны. Такимъ же образомъ они объясняютъ и перитифлиты, развивающіеся *въ послѣдовломъ періодѣ*.

Подтвержденіе положенія, что забольваніе червеобразнаго отростка есть частичное проявленіе общаго инфекціоннаго состоянія, нѣкоторые авторы стараются доказать и экспериментальнымъ путемъ. Такъ Adrian, вводя у кроликовъ въ общ ій кругъ кровообращенія микроорганизмы: стрептококкъ, стафилококкъ, пневмококкъ, кишечную палочку, тифозную, туберкулезную и сибиреязвенную бациллы, вызывалъ воспалительное состояніе фолликулярнаго аппарата черве-

---

[1]) Reclus. Pathogénie de l'appendicite.—La sem. méd. № 30. 1897.

[2]) Образцовъ. Typhlitis catarrhalis acuta.—Южно-русская Мед. Газета № 9. 1896.

образнаго отростка (appendicitis follicularis), что заставляетъ его думать, что фолликулы червеобразнаго отростка, подобно фолликуламъ кишекъ, представляютъ излюбленное мѣсто для локализаціи инфекціи.

Эпидемичность перитифлита. Еще въ прежнее время, какъ это мы видимъ изъ работъ Burne, Платонова, Шахтингера, Matterstock'а и др. современныхъ имъ авторовъ, указывалось, что заболѣванія перитифлитомъ въ нѣкоторыя времена года встрѣчаются чаще, чѣмъ въ другія, именно, указывалось на конецъ лѣта и начало осени и Рождественскіе дни, какъ наиболѣе располагающіе къ заболѣванію перитифлитомъ, но причину этому тогдашніе врачи видѣли въ особой частотѣ разстройствъ кишечника въ это время года и въ неумѣренномъ употребленіи пищи въ Рождественскіе праздники.

Въ 1891 году Ryerson [1]), исходя изъ тѣхъ наблюденій, что перитифлитъ проявляется вспышками и наиболѣе часто поражаются имъ молодые люди, и что мѣстный процессъ здѣсь, какъ при всякой другой эпидемической болѣзни, разыгрывается на слизистой оболочкѣ, задается вопросомъ, не есть ли эта болѣзнь *эпидемическая* и не будетъ ли современемъ открыто специфическое заразное начало ея.

Позднѣе Голубевъ [2]), имѣвшій случай наблюдать въ теченіе осени и зимы 1895—96 года въ Москвѣ, какъ по времени, такъ и по мѣсту, перитифлическія заболѣванія въ значительно большемъ числѣ, чѣмъ обыкновенно, также поднялъ вопросъ объ *эпидемическомъ* характерѣ перитифлита, относя послѣдній къ *инфекціоннымъ заболѣваніямъ sui generis.*

Мы, распредѣливъ наши случаи по годамъ и мѣсяцамъ, не нашли, чтобы какой либо годъ особенно выдѣлялся отъ другого, но, несомнѣнно, существуетъ нѣкоторая разница въ мѣсячныхъ распредѣленіяхъ, болѣе еще замѣтная при распредѣленіи по временамъ года.

По годамъ распредѣленіе такое:

[1]) Ryerson I. C. Some recent views on peritonitis.- Med. soc. of the state of New-Jersey. Meet. June 23 24 1891.—Med. Rec. July 4. p. 26. 1891.

[2]) Голубевъ Н. Ѳ. Воспаленіе червеобразнаго отростка слѣпой кишки (appendicitis), какъ эпидемическое микробное заболѣваніе.—Медицина № 12. 1896. Goluboff. Die Appendicitis als eine epidemische infectiöse Erkrankung. — Berl. klin. Wochenschr. № 1. 1897.

Годы.	Случаи, лечен. терапевтически.		Случаи лечен. хирургически.		ВСЕГО.	
	Общее число.	Умершихъ.	Общее число.	Умершихъ.	Общее число.	Умершихъ.
1890 . .	5	—		. .	5	—
1891 .	4	2	—	—	4	2
1892 . .	6	1	4	1	10	2
1893 . .	7	2	8	1	15	3
1894 . .	5	—	10	1	15	1
1895 . .	6	—	8	1	14	1
1896 . .	10	2	12	3	22	5
1897 . .	14	1	10	6	24	7
1898 . .	12	2	10	2	22	4
1899 . .	20	—	8	3	28	3

Замѣтное увеличеніе числа случаевъ за послѣдніе 4 года можно здѣсь объяснить вообще увеличеннымъ притокомъ всѣхъ другихъ больныхъ, поступавшихъ въ Обуховскую больницу, что стоитъ въ связи съ другими причинами, главнымъ образомъ, съ увеличеніемъ населенія столицы. Изъ послѣдней рубрики, показывающей число смертныхъ случаевъ, можно вывести развѣ только то заключеніе, что 1896 и особенно 1897 годъ отличались тяжестью поступившихъ въ эти годы случаевъ.

Распредѣленіе *по мѣсяцамъ* въ каждомъ году и всѣхъ годовъ вмѣстѣ слѣдующее:

НБ ХНМУ

Годы.	1890 г.		1891 г.		1892 г.		1893 г.		1894 г.		1895 г.		1896 г.		1897 г.		1898 г.		1899 г.		Всего.	
Месяцы.	Общее число.	Умершихъ.	Общее число.	Умершихъ.	Общее число.	Умершихъ.	Общее число.	Умершихъ.	Общее число.	Умершихъ.	Общее число.	Умершихъ.	Общее число.	Умершихъ.	Общее число.	Умершихъ.	Общее число.	Умершихъ.	Общее число.	Умершихъ.	Общее число.	Умершихъ.
1. Январь	—	—	1	—	—	—	3	1	2	—	2	—	—	—	4	1	2	1	6	1	20	4
2. Февраль	—	—	—	—	1	1	—	—	1	—	5	—	2	—	4	2	3	—	2	—	18	3
3. Мартъ	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	1	—	2	—	1	—	3	—	2	—	11	—
4. Апрѣль	1	—	—	—	1	1	2	1	—	—	2	—	1	—	3	1	1	—	2	—	13	3
5. Май	—	—	—	—	2	—	2	—	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	1	1	8	1
6. Іюнь	1	—	1	1	1	—	1	—	1	—	—	—	4	1	2	—	2	1	6	—	19	3
7. Іюль	—	—	1	1	—	—	1	—	1	—	1	1	3	2	—	—	2	—	1	—	10	4
8. Августъ	—	—	—	—	1	—	2	—	1	—	1	—	3	—	1	—	1	1	4	1	14	2
9. Сентябрь	3	—	1	—	—	—	1	—	1	—	—	—	2	—	1	—	2	—	1	—	12	—
10. Октябрь	—	—	—	—	1	—	1	—	4	—	—	—	1	—	3	1	1	—	1	—	12	1
11. Ноябрь	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	1	2	—	2	—	2	—	8	1
12. Декабрь	—	—	—	—	1	—	2	1	3	1	1	—	2	1	3	2	2	1	—	—	14	6
Всего.	5	—	4	2	10	2	15	3	15	1	14	1	22	5	24	7	22	4	28	3	159	28

НБ ХНМУ

Просматривая эту таблицу, мы видимъ, что не въ каждомъ году число заболѣваній помѣсячно равномѣрно. Напримѣръ, за 1894 г. въ октябрѣ и ноябрѣ было 7 заболѣваній, тогда какъ въ остальные 10 мѣсяцевъ всего 8 заболѣваній. Въ 1895 году за январь, февраль и апрѣль было 9 случаевъ, а въ остальные 9 мѣсяцевъ всего только 5 случаевъ. Декабрь 1891 года служитъ началомъ усиленной заболѣваемости въ январѣ и февралѣ 1895 года. Точно также болѣе высокая заболѣваемость въ декабрѣ 1896 года переходитъ на январь и февраль 1897 года.

Въ общемъ, наибольшее число заболѣваній приходится на январь, февраль, апрѣль, іюнь и декабрь.

Если же распредѣлить *по временамъ года*, то на *зимніе* мѣсяцы (декабрь, январь, февраль) приходится больныхъ всего болѣе, а именно, 52 человѣкъ, т. е. 32,7%. Затѣмъ слѣдуютъ *лѣтніе* мѣсяцы—43 человѣка, т. е. 27%; весенніе же и осенніе одинаковы, именно—по 32 человѣка, т. е. по 20,1%.

Зимніе и лѣтніе случаи отличаются также *значительно болѣе тяжелымъ теченіемъ*, чѣмъ весенніе и осенніе, такъ:

на 52 зимнихъ случая приходится 13 смерт. исх., что = 25% смертности.
» 43 лѣтнихъ » » 9 » » » = 21 » »

тогда какъ

на 32 весенихъ случая приходится 4 случая съ смерт. исх., что = 12,5% смерт.
и на 32 осенніхъ » » 2 » » » » = 6,2 » »

Ради контроля нашихъ цифръ, мы просмотрѣли исторіи больныхъ, лежавшихъ въ Петропавловской больницѣ за время отъ 1892 г. до 1896 включительно [1]).

	1892.	1893.	1894	1895.	1896.	Всего.
Январь .	2 (2) [2])	1	2	3 (1)	2 (1)	10 (4)
Февраль .	1	1	4 (1)	2 (1)	1	9 (2)
Мартъ .	1	1	5	2	1	10
Апрѣль .	1	2 (1)	2	—	5 (1)	10 (2)
Май . .	2	3	—	2	4 (2)	11 (2)
Іюнь . .	—	1 (1)	1	5	2 (2)	10 (3)
Іюль . .	1 (1)	1	2	4 (2)	—	8 (3)
Августъ .	2 (1)	2	1	—	1	6 (1)

[1]) Считаемъ пріятнымъ долгомъ выразить нашу благодарность завѣдующему хирургическимъ отдѣленіемъ Петропавловской больницы, д-ру Александру Александровичу Кадьяну за оказанное любезное содѣйствіе.

[2]) Въ скобкахъ обозначены летальные исходы.

	1892.	1893.	1894.	1895.	1896.	Всего.
Сентябрь .	—	2	3	2 (1)	2	9 (1)
Октябрь .	4 (2)	1	—	3 (1)	1	9 (3)
Ноябрь .	—	4	2 (1)	1	1	8 (1)
Декабрь .	—	2	3	4 (1)	—	9 (1)
	15 (6)	21 (2)	25 (2)	28 (7)	20 (6)	109 (23)

Хотя и въ этой таблицѣ мы замѣчаемъ, что въ каждомъ годѣ нѣкоторые мѣсяцы отличаются наибольшимъ числомъ заболѣваній, но по сравненію съ нашей таблицей эти мѣсяцы оказываются совершенно *не совпадающими*: тѣ мѣсяцы, которые отмѣчены у насъ какъ minimum, въ этой таблицѣ стоятъ какъ maximum.

При сводкѣ числа больныхъ по мѣсяцамъ за всѣ годы, разница между каждымъ мѣсяцемъ весьма незначительна, также и по временамъ года:

зимніе мѣсяцы	28
весеннie »	31
лѣтніе »	24
осеннie »	26

Здѣсь maximum приходится на весну (у насъ на зиму), близка къ ней зима; minimum на лѣто (у насъ весна и осень), близка къ нему осень.

Только по *тяжести случаевъ* мѣсяцы совпадаютъ съ нашими:

на зимніе мѣсяцы	25,6% смерт.
» лѣтніе »	29,1 » »
» осеннie »	19,2 » »
» весеннie »	12,9 » »

Приведемъ, наконецъ, данныя, собранныя нами изъ исторій болѣзней, приведенныхъ Sonnenburg'омъ;

Январь	10 (1)	Іюль	20 (4)
Февраль . . .	14 (2)	Августъ . . .	15 (6)
Мартъ	17 (5)	Сентябрь . . .	10 (2)
Апрѣль . . .	8 (2)	Октябрь . . .	9 (2)
Май	16 (4)	Ноябрь . . .	22 (3)
Іюнь	16 (6)	Декабрь . . .	12 (0)

По матеріалу Sonnenburg'a maximum приходится на лѣтніе мѣсяцы (51 сл.) (у насъ на зиму), minimum на зимніе (36 сл.) (у насъ весна и осень), весеннie и осеннie занимаютъ средину (41 случай).

По *смертности* же распредѣленіе такое:

Въ лѣтніе	мѣсяцы	%	смертности	= 31,4
» весеннie	»	»	»	= 26,8
» осеннie	»	»	»	= 17,0
» зимніе	»	»	»	= 8,3

Опять—обратно нашимъ даннымъ: гдѣ у насъ *maximum* (зима), здѣсь *minimum*, гдѣ у насъ minimum (весна), здѣсь близко къ *maximum*.

Всѣ вышеприведенныя данныя не даютъ никакого права выводить заключенія объ эпидемичности заболѣваній перитифлитомъ. Однако, остается несомнѣннымъ, что въ каждой больницѣ наблюдается по временамъ усиленный приливъ больныхъ съ перитифлитомъ сравнительно съ другими временемъ, а также, что въ нѣкоторые мѣсяцы болѣзнь проявляется въ болѣе тяжелой формѣ. Возможно, что здѣсь играютъ роль различные неуловимые пока факторы, а возможно, что мы имѣемъ здѣсь дѣло съ случайными совпаденіями.

За послѣднее время многими французскими и англійскими врачами замѣчено, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ заболѣванія червеобразнаго отростка наблюдаются какъ *наслѣдственныя, семейныя*. Такъ, Brun [1]) въ засѣданіи la Société de chirurgie 22 января 1896 года демонстрировалъ червеобразный отростокъ, резецированный имъ у больного, отецъ котораго былъ оперированъ также по поводу перитифлита. Tuffier въ томъ же засѣданіи привелъ исторію болѣзни 3 братьевъ, всѣхъ страдавшихъ перитифлитомъ, а также исторію болѣзни одной молодой дѣвушки, умершей отъ гнойнаго аппендикулярнаго перитонита, отецъ которой умеръ при такихъ же явленіяхъ. Berger, Routier, Jalanguier, Atkinson [2]), Bloomfield [3]), Quénu и Malthe также сообщаютъ подобные случаи. A Roux на французскомъ хирургическомъ конгрессѣ въ

[1]) Brun. La société de chir. Séance du 22 janv. 1896. La méd. mod. 1896. стр. 65
[2]) Atkinson G. A. Brit. med. Journ. I. p. 1439. 1895.
[3]) Bloomfield. J. E. Brit. med. journ. v. II p. 698. 1895.

1896 г., указывая на вліяніе наслѣдственности, ссылается на свои 300 наблюденій, изъ которыхъ въ 40% отмѣчена наслѣдственность.

Наслѣдственность, по мнѣнію Talamon'a [1]), лежитъ не въ appendicit'ѣ, а въ appendix'ѣ, т. е. унаслѣдуется причина, предрасполагающая къ заболѣванію червеобразнаго отростка, именно, анатомическія его особенности: длина, ширина, ненормальное положеніе и т. д.

По мнѣнію же Dieulafoy [2]), Faisans'a [3]) и Rendu [4]) lithiase appendiculaire, подобно lithiase hépatique ou rénale, зависитъ отъ унаслѣдованнаго діатеза артритическаго или подагрическаго.

Своеобразное заключеніе о наслѣдственности заболѣваній червеобразнаго отростка даетъ Hayem [5]): наслѣдуя состояніе желудка всѣхъ своихъ больныхъ съ различными формами перитифлита, онъ во всѣхъ случаяхъ констатировалъ паренхиматозный гастритъ, который, будучи наслѣдственнымъ, можетъ быть, по мнѣнію Hayem'a, и есть причина, предрасполагающая къ заболѣванію червеобразнаго отростка.

Въ рѣдкихъ случаяхъ мочетъ быть *ревматическаго* происхожденія. Такъ, д-ръ J. Burney Yeo [6]) наблюдалъ у одной 18-лѣтней дѣвушки совмѣстные припадки ревматическихъ суставныхъ болей и перитифлитическихъ въ правой подвздошной ямкѣ; послѣднія были настолько рѣзко выражены, что даже поднимался вопросъ объ оперативномъ вмѣшательствѣ; однако, послѣ пріемовъ салициловаго натра быстро наступило улучшеніе и вскорѣ затѣмъ выздоровленіе.

На связь перитифлита съ ревматизмомъ указываютъ также Robinson, Sutherland [7]), Боровскій [8]), Adrian и др. Holleston [9]) и др. полагаютъ, что миндалины зѣва и червеобразный отро-

[1]) Talamon. Hérédité de l'appendicite. La méd. mod. 1896. стр. 67.
[2]) I. c.
[3]) Faisans. Appendicite familiale. Soc. méd. des hôpitaux. Séance. du 28 fév. 1896. Sa méd. mod. 1896. стр. 152.
[4]) Ibid.
[5]) Ibid.
[6]) Burney Yeo. The Brit. Med. Journ. 30 July 1894.
[7]) Sutherland. Appendicitis and rheumatism. Lancet. 24 Aug. 1898.
[8]) Боровскій. Къ этіологіи и леченію аппендицита. Военно-Медиц. Журналъ 1897.
[9]) Rolleston.—Med. Soc. of. London oct. 2. 1900. Brit. med. Journal p. 1259. 1900.

стокъ могутъ первично поражаться ревматической инфекціей съ послѣдовательной вторичной инфекціей кишечной палочкой. Holleston наблюдалъ одинъ или два раза суставныя боли въ теченіи аппендицита, и наблюдалъ даже *эндокардитъ*, присоединившійся къ аппендициту.

Однако, другіе авторы, какъ напр. Poynton, [1]) Wallis, [2]) Coley [3]) и др., наблюдавшіе совмѣстное заболѣваніе червеобразнаго отростка и суставовъ, сомнѣваются въ ревматическомъ ихъ происхожденіи и считаютъ вѣроятнѣе, что пораженіе суставовъ есть піэмическое, присоединяющееся къ перитифлиту, что подтверждаетъ будто бы тотъ фактъ, что въ такихъ случаяхъ въ суставныхъ эксудатахъ и метастатическихъ гнойникахъ обнаружено присутствіе кишечной палочки (Poynton), или тотъ фактъ, что вслѣдъ за удаленіемъ изъязвленнаго червеобразнаго отростка исчезали суставныя боли (Wallis).—Poynton указываетъ также, что нѣкоторые случаи ревматическаго монартрита тазобедреннаго сустава весьма симулируютъ перитифлитъ.

Если ревматизмъ, дѣйствительно, играетъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ перитифлита этіологическую роль, то правы и этомъ отношеніи больные, ставящіе начало своего заболѣванія въ связь съ предшествовавшей простудой.

Прежніе врачи (Wilhelmi, Löschner, Niemeyer, Шахтингеръ и др.) также приписывали *простуду* значительную этіологическую роль въ «воспаленіи слѣпой кишки», выдѣляя «perityphlitis rheumatica» въ большую группу. Дѣйствіемъ простуды они объясняли развитіе мышечнаго ревматизма кишечной стѣнки, что вело къ запорамъ, какъ этіологическимъ моментамъ въ развитіи перитифлитовъ.

Также механическому дѣйствію простуды, а не развивающейся вслѣдъ за нею инфекціи, приписываетъ причину развитія перитифлитовъ изъ новѣйшихъ авторовъ—Talamon, по толкованію котораго простуда (холодъ) вызываетъ усиленную перистальтику кишекъ, подъ вліяніемъ которой каловые камни вталкиваются въ червеобразный отростокъ. Въ этомъ объясненіи виденъ предвзятый взглядъ Talamon'а на этіологическую роль каловыхъ камней.

[1]) Poynton. Arthritis in Association with Appendicitis.—Med. Soc. of London. oct. 21 1900.- British med. Jour. p. 1259. 1900.
[2]) Ibid.
[3]) Ibid.

C) Специфическія заболѣванія червеобразнаго отростка.

Кромѣ обыкновенныхъ перитифлитовъ, наблюдаются заболѣванія червеобразнаго отростка, вызываемыя *специфическими инфекціонными возбудителями, какъ-то: бактеріями туберкулеза, актиномикоза и тифа.*

Въ прежнее время, въ эпоху зарожденія ученія о воспаленіи червеобразнаго отростка, тифозные и туберкулезные процессы въ отросткѣ считались за наиболѣе частые изъ процессовъ, ведущихъ къ проведенію его и къ развитію перитифлитическихъ гнойниковъ. Въ настоящее же время, какъ это увидимъ сейчасъ, установлено, что эти процессы въ червеобразномъ отросткѣ встрѣчаются сравнительно рѣдко и по своему клиническому теченію, въ особенности туберкулезные и актиномикотическіе перитифлиты, представляютъ собою обособленныя группы, отличающіяся во многомъ отъ обыкновенныхъ перитифлитовъ.

Туберкулезъ. Перитифлитъ у туберкулезныхъ.—Нѣкоторыми авторами указывается на то, что перитифлиты чаще встрѣчаются у людей, пораженныхъ бугорчаткой, и дается тому то объясненіе, что *чахоточные предрасположены* къ заболѣванію кишекъ и отсюда *къ заболѣванію червеобразнаго отростка.* Мы лично рѣдко замѣчали среди нашихъ больныхъ субъектовъ съ сколько-нибудь замѣтными признаками туберкулезнаго пораженія легкихъ или другихъ органовъ: такъ, въ одномъ случаѣ, на вскрытіи 79-лѣтней старухи было обнаружено туберкулезное пораженіе легкихъ, но заболѣваніе червеобразнаго отростка при жизни не подозрѣвалось, и возможно, что здѣсь имѣлось также туберкулезное пораженіе отростка (микроскопическаго изслѣдованія не было произведено); во 2-мъ случаѣ (№ 66 хир.), по вскрытіи оказался общій туберкулезъ, а также и туберкулезный перитонитъ; въ этомъ случаѣ также допустимо, что пораженіе червеобразнаго отростка было туберкулезное. Затѣмъ, въ 7-ми случаяхъ (№№ 3, 22, 25 и 62 тер. и 4, 21 и 65 хир.) имѣлось притупленіе легочныхъ верхушекъ и другіе признаки чахотки.

Перечисленные случаи въ своей суммѣ по отношенію къ общему числу всѣхъ нашихъ случаевъ перитифлита не только не превосходятъ обычнаго процента распространенности туберкулеза вообще, но, пожалуй, стоятъ даже ниже этого процента.

Изученіе этого вопроса на другомъ матеріалѣ тоже подтвердило намъ сказанное положеніе: именно, изслѣдованъ на вскрытіи червеобразные отростки лицъ, умершихъ отъ туберкулеза или, вообще, пораженныхъ туберкулезомъ, мы не нашли, чтобы отростокъ у этихъ лицъ больше отступалъ отъ нормы, чѣмъ у остальныхъ: такъ, напр., *ненормальное* содержимое найдено нами у нихъ въ 51,5% (противъ 47,8%—у остальныхъ лицъ), *запустѣлыхъ* червеобразныхъ отростковъ въ 33,3% противъ 25% у остальныхъ лицъ—(см. *таблицы величины и состоянія червеобразнаго отростка*),—разница не настолько большая, чтобы можно было говорить о замѣтномъ предрасположеніи туберкулезныхъ больныхъ къ заболѣваніямъ червеобразнаго отростка.

Что касается *специфическаго* туберкулезнаго пораженія червеобразнаго отростка, то оно въ большинствѣ случаевъ является частичнымъ проявленіемъ или общаго туберкулеза, или туберкулеза кишечника. Слѣпая кишка представляетъ собою излюбленное мѣсто для туберкулезныхъ язвъ. Отсюда туберкулезъ можетъ распространиться на слизистую червеобразнаго отростка, но въ большинствѣ случаевъ онъ *локализуется въ слѣпой кишкѣ*, язвы постепенно увеличиваются, захватывая слой за слоемъ, пока не произойдетъ прободенія, въ большинствѣ случаевъ съ образованіемъ ограниченнаго гнойника вокругъ слѣпой кишки, такъ что эти случаи вполнѣ оправдываютъ названіе «*туберкулезныхъ тифлитовъ*», имѣя исходную точку изъ слѣпой кишки.

Не смотря на то, что въ такихъ случаяхъ имѣются значительныя измѣненія какъ въ самой кишкѣ, такъ и въ окружающей брюшной полости, теченіе этихъ измѣненій бываетъ мало замѣтное, латентное, будучи затемняемо симптомами туберкулезнаго пораженія другихъ органовъ. Часто на вскрытіи туберкулезное пораженіе слѣпой кишки и окружающей брюшины обнаруживается случайно и не подозрѣвалось при жизни. Даже прободеніе, обыкновенно подготовляющееся весьма медленно, и образованіе гнойниковъ могутъ произойти незамѣтно. Такъ, просматривая протоколы вскрытій за нѣсколько лѣтъ, мы нашли 2 случая прободенія слѣпой кишки на почвѣ туберкулезныхъ язвъ. Въ 1-мъ случаѣ больная 42 лѣтъ лежала въ больницѣ не много больше мѣсяца (6/v.—9/vi. 1896). Въ теченіе этого времени на первый планъ выступали явленія со стороны легкихъ и со стороны кишечника въ видѣ частыхъ поносовъ, боли же живота были нерѣдка и не очень сильныя; t^0—лихорадочная, съ частыми ремиссіями. Никакихъ явленій, указывающихъ на прободеніе кишечника и перитонитъ, въ скорбномъ листкѣ не отмѣчено. Бациллъ въ мокротѣ не было найдено. Клинической діагнозъ: Pneumonia chronica interst. (non bacillaris) et colitis chronica.

Діагнозъ патолого-анатомическій:

Degeneratio adiposa musc. cordis. Pleuritis adhaesiva chron. dupl. dissem. Pneumonia interstitialis chron. *Tuberc. chron. pulmonum.* Degeneratio adiposa hepatis. Nephritis interst. chron. Hyperplasia acuta lienis. *Peritonitis perforativa sero-fibrinosa et purulenta.* Gastritis chronica. *Ulcus tuberculosum intestini coeci cum perforatione.*

Во 2-мъ случаѣ, правда, при жизни были нѣкоторыя указанія на заболѣванія правой подвздошной области: были повторныя жалобы, особенно sub finem, на боли живота справа, но явленія со стороны другихъ органовъ затемняли эти симптомы. Больная лихорадила до 39,5°, были частые поносы.

Протоколъ вскрытія 2/vi. 1897 (прив.-доц. Моисеевымъ).

Стѣнки лѣваго желудочка сердца утолщены, мускулатура обоихъ желудочковъ мягкая и бѣдная. Легкія сращены съ грудною клѣткою старыми ложными перепонками, уплотнены, верхушки сморщены; ткань пронизана многочисленными желтыми и бѣлыми казеозными бугорками. Селезенка увеличена, мягкая. Печень нормальной величины, корковый слой помутнѣлъ, плотный. Слѣпая кишка и начальная часть восходящей толстой кишки плотно сращены съ боковой стѣнкой живота. Клѣтчатка позади нихъ за брюшиной уплотнена, содержитъ нарывъ, величиною въ 2 кулака, наполненный густой зеленоватой жидкостью; безъ рѣзкихъ границъ онъ распространяется на правой musc. ileo-psoas, давая въ толщу его различный гнойный инфильтратъ. Слизистая слѣпой кишки, восходящей толстой и конечной части подвздошной кишки содержитъ помѣ туберкулезныхъ язвъ, проникающихъ мѣстами черезъ всю толщу стѣнокъ и не плотно сращенныхъ съ окружающей клѣтчаткой на задней поверхности.

Diagnosis anatomica: Hypetrophia ventriculi dextri cordis. Pleuritis chron. fibrosa. *Pneumonia chron. intest. fibrosa tuberculosa.* Degeneratio parenchymatosa renum. Hyperplasia acuta lienis. Hepar muschat. Ulcera tuberculosa intestin. ilei, cocci et col. ascend. *Paratyphlitis purulenta.* Perityphlitis adhaesiva chronica. Ileopsoitis purulenta chronica dextra.

Насколько же часто *поражается туберкулезомъ червеобразный отростокъ у лицъ, страдающихъ туберкулезомъ въ другихъ органахъ*, имѣются скудныя и разнорѣчивыя свѣдѣнія. Такъ, изъ таблицъ при работѣ Турнера мы находимъ на 25 труповъ

съ туберкулезомъ легкихъ въ 4 случаяхъ туберкулезныя язвы въ червеобразномъ отросткѣ. Kraussold [1]), изслѣдовавшій около 300 труповъ и въ томъ числѣ много чахоточныхъ, говоритъ, что необыкновенно часто находилъ язвы въ червеобразномъ отросткѣ. Délorme [2]) также увѣряетъ, что туберкулезное пораженіе слѣпой кишки и червеобразнаго отростка встрѣчается чаще, чѣмъ принято думать. Riedel [3]) также считаетъ туберкулезное пораженіе довольно частымъ: такъ, онъ на 132 случая нашелъ его въ 11 случаяхъ. Fenwick же и Dodwell на 200 труповъ чахоточныхъ нашли туберкулезныя язвы въ червеобразномъ отросткѣ только въ

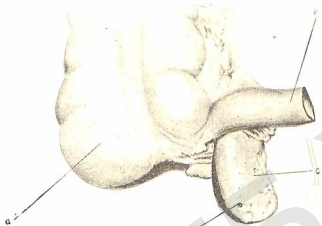


Рис. 28.

a—слѣпая кишка, *b*—подвздошная кишка, *c*—кистовидно вздутый червеобразный отростокъ, покрытый фибринознымъ налетомъ, *d*—проводное отверстіе.

17 случаяхъ. На 33 нашихъ случаевъ съ туберкулезомъ другихъ органовъ туберкулезныя язвы мы нашли только въ двухъ случаяхъ. Въ 1-мъ случаѣ (см. № 156 Таблицъ величины и состоянія червеобразнаго отростка) имѣлись 2 язвы съ *прободеніемъ*—одна въ

[1]) Kraussold. Ueber die Krankheiten des Proc. vermiform. und d. Coecum und ihre Behandl.—Volkmann's Samm. klin. Vortr. № 191. 1881. Краузольдъ Г. Болѣзни червеобразнаго отростка и слѣпой кишки. Перев. Сигнста. С.-Петербургъ. 1882.

[2]) Délorme. Quelques remarques sur la typhlo—appendicite tuberculeuse.—Gaz. des hôp. LXV. 1892.

[3]) Riedel. Ueber Frühoperation bei Appendicitis.—70. Versam. d. Naturforscher und Aerzte. Sept. 1898.

слѣпой кишкѣ вблизи основанія червеобразнаго отростка и другая въ самомъ червеобразномъ отросткѣ.

Во 2-мъ случаѣ (см. рис. 28) червеобразный отростокъ отходитъ отъ внутренняго сегмента слѣпой кишки и, загибаясь дугообразно, спускается внизъ, будучи спаянъ фибринозными склейками съ петлями тонкихъ кишекъ, по отдѣленіи которыхъ обнаруживается прободеніе, въ булавочную головку величиною. Изъ прободенія выдавливаются казеозныя массы. Стѣнки червеобразнаго отростка на верхушкѣ гангренозно измѣнены, да и на остальномъ протяженіи дряблы.

Червеобразный отростокъ неправильно вздутъ—до 3,0 снтм. въ поперечникѣ, при длинѣ въ 7,0 снтм.

По вскрытіи его обнаруживается, что слизистая драбла, частью разрушена; просвѣтъ наполненъ гнойно-слизистой жидкостью, находящейся также между слизистой и мышечнымъ слоемъ. Въ верхушечной части имѣются какъ бы отдѣльныя камеры, наполненныя казеознымъ распадомъ. Сообщеніе просвѣта со слѣпой кишкой свободное.

Въ слѣпой кишкѣ, на valv. Bauchinii и въ тонкихъ кишкахъ туберкулезныя язвы.

Изъ оперированныхъ туберкулезныхъ перитифлитовъ также имѣется немного точно изслѣдованныхъ случаевъ. Такъ, Czerny—Haeddaeus сообщаютъ всего нѣсколько случаевъ туберкулезнаго пораженія червеобразнаго отростка при туберкулезѣ кишекъ и другихъ органовъ. Nannoti [1]) описываетъ одинъ случай туберкулеза червеобразнаго отростка у туберкулезной 17-лѣтней дѣвушки. Borchardt [2]) приводитъ 3 случая туберкулеза червеобразнаго отростка на 164 случая перитифлита, оперированныхъ Körte и имъ.—Совершенно особнякомъ стоятъ данныя Langheld'a [3]), отмѣчающія необыкновенную частоту туберкулезнаго пораженія червеобразнаго отростка; именно, по его даннымъ, на 112 лицъ, умершихъ отъ перитифлита, въ 29 случаяхъ найдены въ червеобразномъ отросткѣ язвенные процессы и изъ нихъ въ 20 случаяхъ туберкулезныя язвы.

Въ весьма рѣдкихъ случаяхъ *туберкулезъ можетъ первично поразить червеобразный отростокъ* и отсюда распространиться

[1]) Nannoti. Considerationi cliniche e bacterioscopiche sopra un caso di tiphlo-appendicite tuberculare.—Clinica chirurg. propedeut. della R. univer. di Pisa. Pisa 1892.

[2]) l. c.

[3]) l. c.

на слѣпую и подвздошную кишку или, наконецъ, перфорировавъ червеобразный отростокъ, вызвать гнойный перитонитъ. Доказать исходную точку распространенія туберкулеза въ такихъ случаяхъ чрезвычайно трудно и едва ли возможно, что заставляетъ сомнѣваться вообще въ существованіи изолированнаго или первичнаго туберкулеза червеобразнаго отростка. Sonnenburg хотя сообщаетъ случай подобнаго изолированнаго и микроскопически констатированнаго туберкулезнаго пораженія червеобразнаго отростка, который онъ удалилъ у дѣвушки, происходившей изъ здоровой семьи и не обнаруживавшей никакихъ признаковъ туберкулеза въ другихъ органахъ, но насколько точны его наслѣдованія другихъ органовъ, всегда остается подъ сомнѣніемъ. То же самое относится къ случаю изолированной туберкулезной язвы, сообщаемому Ewald'омъ [1]).

Весьма сомнительны также случаи туберкулезнаго пораженія червеобразнаго отростка, сообщаемые Rubeno'мъ, Gees'омъ [2]), Dufour'омъ [3]), Bodart'омъ [4]) и Broca [5]), такъ какъ они относятся къ тому времени, когда для вѣрнаго діагноза туберкулеза еще не было выработано точныхъ методовъ изслѣдованія, какими мы пользуемся въ настоящее время. — Czerny-Haeddaeus указываютъ на нѣкоторые свои случаи, гдѣ они принимаютъ червеобразный отростокъ за исходную точку распространенія туберкулеза; однако, они не приводятъ убѣдительныхъ доказательствъ своимъ предположеніямъ.

Туберкулезный процессъ въ червеобразномъ отросткѣ, подобно тому, какъ въ слѣпой кишкѣ, какъ мы говорили выше, протекаетъ весьма медленно и мало замѣтно, а при совершившемся прободеніи отростка и пораженіи брюшины покрывается симптомами общаго перитонита. При присоединеніи же къ туберкулезному зараженію смѣшанной инфекціи процессъ принимаетъ теченіе, сходное съ обыкновеннымъ перитифлитомъ.

Актиномикозъ. Еще не такъ давно (въ 1892 г.) Talamon, приводя случай актиномикоза червеобразнаго отростка, доложенный

[1]) Ewald. Appendicitis larvata.—Arch. f. klin. Chir. LX. Bd. I H. 1899.
[2]) Приведены у Matterstock'a.
[3]) Dufour. Perforation tuberculeue de l'appendice ileocaecal.—Bull. Soc. anat. t. XXVII. 1852.
[4]) Bodart Z. Des perforations du caecum et de celles de l'appendice caecale. Thèse de Paris. 1852.
[5]) Broca. Tubercules de l'appendice vermiculaire.—Bull. Soc. anat. 1852.

Ransom'омъ [1]) въ Лондонскомъ королевскомъ хирургическомъ обществѣ въ 1891 году, относилъ его къ разряду курьезовъ (à titre de curiosité),—считая его за unicum.

Однако, еще до Ransom'а было опубликовано нѣсколько случаевъ актиномикоза брюшной полости въ области слѣпой кишки и червеобразнаго отростка Ullmann'омъ [2]), Partsch'емъ [3]), Langhans'омъ [4]), H. Braun'омъ [5]), Roux [6]), Barth'омъ [7]), Ruder'омъ [8]), Kern'омъ [9]) и др., но только случай Ransom'а давалъ болѣе убѣдительныя доказательства, что исходной точкой для дальнѣйшаго распространенія актиномикоза былъ червеобразный отростокъ.

Послѣ опубликованія случая Ransom'а стали появляться чаще и чаще описанія актиномикотическихъ перитифлитовъ (Lanz [10]), Schlange [10]), Tavel et Lanz [11]), Israël [12]), Regnier), Kosenski [13]), Ammentrop [14]), Donalies [15]), Bernharth [16]), Hummel [17]), Grill [18]), Illich [19]), Ljunggren,[20]), Fairweather [21]) и др.), которыя все болѣе и болѣе доказывали, что червеобразный отростокъ является однимъ изъ частыхъ первичныхъ очаговъ зараженія актиномикозомъ брюшной полости. Такъ, въ статьѣ Czerny u. Haeddaeus [22]) мы находимъ обстоятельныя описанія

[1]) Ransom. W. H. The prognosis and treatment of actinomicosis.—British med. Journ., № 1724. 1891.
[2]) Цит. по M. Hinglais.
[3]) Langhans.—Schweizer Correspondenzblatt. № 1. 1888.
[4]) Braun. H.—Correspondenzblätter des ärztl. Vereins von Thüringen. № 2. 1887.
[5]) Roux. Revue méd. de la Suisse romande. 1891.
[6]) Barth. Ueber Bauchactinomycose. - Verhandl. der fr. Vereinigung der Chir. Berlins. III, 2, p. 2... 1890.
[7]) Guder. Etude de l'actinom. chez l'homme en Suisse.—Revue méd. de la Suisse romande. 1891.
[8]) Kern. Actinom. péritonéale d'origine caecale.—Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte 15 Sep. 1891.
[9]) Lanz, Ol. Ueber Perityphlitis actinomycotica.—Correspondenzbl. für Schweiz. Aerzte. 1892.
[10]) Schlange.—Verhandlung d. deutsch. Gesellschaft für Chirurgie. 1892.
[11]) l. c.
[12]) Israel.—Verhandl. d. freien Vereinigung der Chir. Berlins, p. 115. 1895.
[13]) Цит. по M. Hinglais.
[14]) Ammentrop.—Wien. klinische Wochenschrift. № 28. 1895.
[15]) Donalies. Die Actinomic. des Mensch.—Inaug. Diss. Halle 1894.
[16]) Bernharth.—Prager med. Wochenschrift. № 36. 1895.
[17]) Hummel.—Klin. Chirurgie. 1895.
[18]) Grill. Klin. Chirurgie. 1895.
[19]) Illich. Die Aktinom. des Mensch.—Inaug. Diss. Wien. 1895.
[20]) Ljunggren.—Nordiskt medicinisk Arkiv. № 27. 1895.
[21]) Fairweather.—British med. Journ. 27 VI. 1896.
[22]) l. c.

микроскопическихъ изслѣдованій, произведенныхъ д-ромъ Cordua и наглядно показывающихъ первичное пораженіе актиномикозомъ слизистой червеобразнаго отростка, откуда процессъ распространяется по подслизистой и дальше черезъ слѣдующій слой до брюшной полости.

Путемъ проникновенія чужеяднаго актиномикоза является кишечникъ, гдѣ грибокъ имѣетъ излюбленныя мѣста въ слѣпой и прямой кишкѣ. Въ кишечникѣ актиномикозъ попадаетъ вмѣстѣ съ хлѣбными, зараженными имъ, зернами, какъ это доказалъ Bostroem [1]) при другихъ актиномикотическихъ абсцессахъ и опухоляхъ.

Теченіе актиномикотическихъ перитифлитовъ отличается своею необыкновенною продолжительностью, иногда до 3—4 лѣтъ. M. Hinglais [2]), собравшій въ литературѣ около 120 случаевъ актиномикотическихъ перитифлитовъ, раздѣляетъ ихъ теченіе на 5 періодовъ:

1-й періодъ—продромальный, проявляющійся въ боляхъ живота неопредѣленнаго характера.

2-й періодъ—начальныхъ явленій—проявляется болями живота, коликами и поносами, иногда очень частыми; поносы бываютъ или слизистые, или дизентерическіе и кровянистые. Такія кишечныя явленія, иногда со взбутіемъ живота и рвотой, могутъ продолжаться годъ и два — припадками, продолжающимися отъ 2 до 3 недѣль. Поносы въ рѣдкихъ случаяхъ смѣняются запорами.

Объективно, кромѣ болѣзненности, при давленіи ничего не опредѣляется до конца этого періода, когда начинаетъ образовываться уплотненіе, съ появленіемъ котораго боли стихаютъ и болѣзнь вступаетъ въ *3-ій періодъ—развитія опухоли*. Въ этомъ періодѣ процессъ распространяется уже изъ кишечника на окружающія ткани, вызывая воспалительныя склейки близъ-лежащихъ органовъ. Появляющаяся опухоль по своимъ особенностямъ въ этомъ періодѣ вызываетъ подозрѣнія относительно ея природы: она *очень плотна*—какъ дерево, или кость, *неподвижна*, съ *диффузными границами*, съ болѣе поверхностнымъ, чѣмъ глубокимъ распространеніемъ и мало болѣзненна на ощупь. Въ весьма рѣдкихъ случаяхъ опухоль можетъ быть подвижной, какъ, напр., было въ 2 случаяхъ Hofmeistera [3]). Отъ этого періода болѣзнь немедленно переходитъ въ

1) Bostroem. Beitr. zur Path. u. allg. path. Anat. 1890.
2) Hinglais M. Essai sur l'actinomycose appendiculo-caecale.—Thèse de doct. Lyon. 1897.
3) Hofmeister. Ueber eine ungewöhnliche Erscheinungsform der Bindegewebsactinomycose. Bruns Beiträge zur klin. Chir. XXXI. 1900.

4-ый періодъ размягченія, изъязленія и образованія свищей— опять появляются боли какъ произвольныя, такъ и вызываемыя ощупываніемъ.

Кожа надъ опухолью принимаетъ особенный цвѣтъ—сине-фіолетовый или аспидный, опухоль начинаетъ размягчаться, причемъ размягченіе можетъ идти весьма быстро, давая флуктуацію. Если во время не было произведено операціи, то скоро появляются изъязленія и фистулезные ходы, выдѣляющіе характерный для актиномикоза водянистый гной съ желтоватыми зернышками. Этотъ періодъ наиболѣе тяжелый, сильно истощающій больныхъ и большею частью заканчивающійся смертью.

Если же болѣзнь принимаетъ болѣе благопріятное теченіе, то процессъ вступаетъ въ *5-ый періодъ—рубцеванія*.

При отсутствіи осложненій perityphlitis actinomycotica протекаетъ обыкновенно безлихорадочно и, какъ сказано, продолжительно, иногда припадками, сходными съ рецидивирующимъ перитифлитомъ.

При присоединеніи же къ процессу новой инфекціи теченіе становится острымъ, съ лихорадкой и образованіемъ гноя. Это осложненіе, по Grill'ю, можетъ повести къ произвольному излеченію, такъ какъ лучистый грибокъ въ присутствіи другихъ микробовъ погибаетъ и въ гною съ этого момента не находятъ уже желтыхъ зеренъ.

Perityphlitis actinomycotica наблюдается чаще всего въ возрастѣ 35—45 лѣтъ и чаще у мужчинъ и среди простого класса. Болѣзнь эта относится къ тяжелымъ, съ 80% смертности. Смерть наступаетъ или отъ истощенія (*cachexia actinomycotica*), или отъ метастазовъ въ паренхиматозныхъ органахъ.

Брюшной тифъ. Какъ мы уже указывали на стр. 95, брюшной тифъ съ своей кишечной локализаціей не можетъ оставить не затронутымъ и червеобразный отростокъ; тамъ мы указывали на ненормальное содержимое, встрѣчающееся въ червеобразномъ отросткѣ при брюшномъ тифѣ чаще, чѣмъ обычно (до 60% противъ 47,8%); какъ ненормальное содержимое, кромѣ кала, отмѣчается гной и кровянистая смѣсь.

При изслѣдованіи стѣнокъ червеобразнаго отростка при брюшномъ тифѣ прежде всего бросается въ глаза ихъ *утолщенность* во многихъ случаяхъ; такъ, по нашимъ даннымъ, въ среднемъ *толщина* червеобразнаго отростка при брюшномъ тифѣ равна 0,67 сантим. (противъ 0,57 сантим. нормальнаго), но нерѣдко тол-

щина доходитъ до 0,8 или 0,9 и даже 1,0 снтм. (№№ 85, 183, 185, 189, 250 и 274 таблицъ величины и состоянія червеобразнаго отростка); въ этихъ случаяхъ ясно видны на слизистой отростка брюшно-тифозныя измѣненія. Такъ, въ случаѣ № 85 находимъ: въ просвѣтѣ—слизь, гной и *кровянистые* лоскуты; *слизистая необыкновенно утолщена* (до 0,4 снтм.), разрыхлена и поверхностно изъязвлена; названныя измѣненія распространяются на все протяженіе отростка, а у основанія, кромѣ того, имѣется *большая язва*, непрерывно продолжающаяся въ язву слѣпой кишки. Часто дѣло не доходитъ до изъязвленій, и брюшно-тифозный процессъ ограничивается *набуханіемъ фолликулъ* (см. случаи №№ 135, 183, 185, 189, 250 и 274), иногда очень значительнымъ, какъ въ случаѣ № 274, гдѣ слизистая вслѣдствіе чрезмѣрнаго набуханія сложилась даже въ складки. По окончаніи болѣзни, на участкахъ слизистой съ бывшими увеличенными фолликулами остается нѣкоторое время, какъ и въ остальномъ кишечникѣ, *аспидная пигментація* (см. случ. № 112).

Такія же измѣненія стѣнокъ червеобразнаго отростка при брюшномъ тифѣ найдены и Ольгой Гопфенгаузенъ [1]), изслѣдовавшей состояніе червеобразнаго отростка въ 30 случаяхъ. Только въ 2 случаяхъ ею найдены брюшно-тифозныя язвы въ червеобразномъ отросткѣ.

Брюшно-тифозныя измѣненія слизистой могутъ, конечно, не ограничиваться только образованіемъ язвъ, но идти глубже до развитія прободеній. Точныхъ указаній о частотѣ прободеній червеобразнаго отростка при брюшномъ тифѣ еще не имѣется: такъ, по даннымъ нѣкоторыхъ авторовъ (Heschl [2]) на долю червеобразнаго отростка приходится до 14% кишечныхъ прободеній при брюшномъ тифѣ, тогда какъ Fitz даетъ только 3%. Намъ кажется, эта цифра болѣе соотвѣтствуетъ дѣйствительности и даже нѣсколько превосходитъ послѣднюю. Просматривая протоколы вскрытій женской Обуховской больницы за послѣднія 10 лѣтъ, обнимающіе нѣсколько сотъ случаевъ брюшного тифа, мы нашли прободеніе червеобразнаго отростка, только въ одномъ случаѣ который и приводимъ здѣсь.

№ 40 тер. Софья М., дѣв., двор., 26 лѣтъ, поступила въ больницу днемъ 16-го августа 1896 г., *умерла* 17-го августа, въ 4 ч. утра.

---

1) Hopfenhausen, Olga.—Etude sur l'état de l'appendice vermiforme dans le cours de la fièvre typhoïde.—Revue méd. de la Suisse Romande 20 fév. 1899.

2) Приведено у Nothnagel'я.

Anamn. Больна 3 недѣли. Все время жаръ, общее недомоганіе, поносъ. За 9 дней до поступленія въ больницу (7-го августа) внезапно появились сильная боль и вздутіе живота, рвота и отрыжка. 13-го августа появилось рожистое воспаленіе на кожѣ носа. Menstrua нормальны.

St. praes. Больная средняго роста и умѣреннаго питанія, ціанозъ лица и конечностей, кожа носа рѣзко припухла, красна и на ощупь горяча. Языкъ немного обложенъ. Животъ вздутъ и болѣзненъ. Тупость печени и сердца отодвинута кверху (съ 4-го resp. съ 3-го ребра). При выслушиваніи полости живота замѣчается везикулярное дыханіе. На нижней части грудины тимпаническій тонъ. Селезенка увеличена, но не прощупывается вслѣдствіе вздутія живота. Тоны сердца глухи и слабы, пульсъ нитевидный и частый (140).

Дыханіе учащено (36). Въ легкихъ выслушивается везикулярное дыханіе. На крестцѣ небольшой пролежень. Розеолъ не замѣчается. Въ мочѣ въ небольшомъ количествѣ бѣлокъ. Больная въ полномъ сознаніи, на вопросы отвѣчаетъ толково, но очень слаба, постоянно стонетъ, жалуется на сильную боль въ животѣ, затрудненное дыханіе, стѣсненіе въ груди, головную боль и боль въ носу.

t° въ 4 ч. в. 39,4.

17/VIII въ 4 ч. утра *Exitus lethalis*.

18/VIII Вскрытіе.

Протоколъ вскрытія. Брюшная полость содержитъ огромное количество жидкаго гноя. Червеобразный отростокъ у основанія своего проболенъ: зондъ, введенный въ отверстіе изъ брюшной полости, свободно проникаетъ въ слѣпую кишку. Стѣнки его черно-краснаго цвѣта, клочковаты и легко распадаются. Пейеровы бляшки int. ilei аспиднаго цвѣта. Слизистая оболочка блѣдна, разрыхлена, фолликулы увеличены. Слѣпая и толстая кишки растянуты жидкими желтыми каловыми массами. Въ слизистой оболочкѣ червеобразнаго отростка, слѣпой кишки и восходящей ободочной находятся многочисленныя язвы, съ подрытыми краями и блѣдно-краснымъ гладкимъ дномъ, проникающимъ до мышечнаго слоя. Брыжжеечныя железы увеличены, мозговидны, розоваго цвѣта. Желудокъ расширенъ, слизистая его утолщена, мелко зерниста, аспиднаго цвѣта. *Легкія расширены, полнокровны и пронизаны многочисленными бѣлыми узелками, величиною съ чечевичное зерно, гноевидно размягченными въ центрѣ и опоясанными по окружности гэморрагическимъ ободкомъ.* Конецъ носа распухъ, кожа его блѣдно-розоваго цвѣта; слизистая оболочка ноздрей утолщена, краснаго цвѣта.

Diag. anatom.: Dilatatio et degen. adiposa musc. cordis. *Infarct. metastatici cum suppur. initial. pulmonum.* Hyperplasia ac. lienis. Deg. parench. hepatis et renum. *Peritonitis purulenta.* Pygment. aspedea glandularum Pejeri. Colitis et appendicitis ulcerosa. *Perforatio appendicis. Typhus abdominalis.*

К. А. Вальтеръ [1]) сообщаетъ также одинъ случай прободного аппендицита въ концѣ 3-й недѣли брюшного тифа. До операціи предполагалось брюшно-тифозное прободеніе кишечника и только на операціи обнаружилось, что прободеніе исходило изъ червеобразнаго отростка. Удаленный червеобразный отростокъ оказался рѣзко утолщеннымъ, стѣнки его инфильтрированными, слизистая оболочка набухшею и разрыхленною, въ стѣнкѣ отростка небольшое сквозное изъязвленіе — вообще измѣненія, свойственныя брюшнотифознымъ въ другихъ частяхъ кишечника.

Въ случаѣ Гефтлера [2]), тоже изъ Обуховской больницы, природу пораженія червеобразнаго отростка не удалось выяснить.

Говорить о настоящемъ перитифлитѣ въ такихъ случаяхъ едва ли приходится; клиническая и патолого-анатомическая картина ничѣмъ не отличается отъ прободныхъ брюшно-тифозныхъ перитонитовъ.

Нѣкоторые американскіе авторы (Carot [3]), Robson [4]) и др.) принимаютъ брюшнотифозныя язвы на ряду съ туберкулезными и дизентерическими за основу такъ называемаго relapsing appendicitis, исходя изъ того положенія, что разъ червеобразный отростокъ пораженъ однимъ изъ названныхъ процессовъ, онъ постоянно находится въ состояніи хроническаго воспаленія съ періодическими обостреніями.

Въ большинствѣ случаевъ, однако, надо полагать, что по прекращеніи тифознаго процесса (не говоря о временной пигментаціи слизистой) получается restitutio ad integrum, ибо по статистическимъ даннымъ не видно, чтобы была сколько либо замѣтная связь перитифлита съ предшествовавшимъ брюшнымъ тифомъ. Charlotte Mayer, просмотрѣвъ исторіи болѣзни 100 случаевъ, оперированныхъ въ хирургической клиникѣ въ Лозаннѣ, только въ 2 — 3% нашла въ анамнезѣ указанія на предшествовавшій первому припадку перитифлита тифъ, да и то съ промежутками отъ 2 до 10 лѣтъ.

Въ нашихъ случаяхъ мы нашли отмѣтку о предшествовавшемъ

[1]) Вальтеръ, К. А. Случай аппендицита въ теченіи брюшного тифа. Проток. Общ. врачеб. сов. въ С.-Пет. Город. Обухов. Больницѣ. за 1896 г.

[2]) Гефтлеръ, Г. Ф. Случай тифознаго (?) прободного аппендицита. — Прот. Общ. Врач. Сов. врачей Обухов. Больн. 10 Дек. 1899 Больнич. Газета р. 545. 1901.

[3]) Carot.—Boston med. and. surg. Journ. 1893. Цит. по Ch. Mayer.

[4]) Robson. Recurrent appendicitis, with report of case treated by removal of appendix.—The Lancet. I. 896.

— On recurrent appendicitis or recurring appendicular colic with cases treated by operation in the quiescent period.—The Lancet. 1897. Цит. по Mayer.

тифѣ въ анамнезѣ только *одного* случая (№ 6 хир.), да и то тифъ былъ за 12 лѣтъ передъ перитифлитомъ, такъ что едва ли можетъ быть рѣчь о какой либо связи между тѣмъ и другимъ заболѣваніемъ.

Въ недавнее время появились наблюденія о *сифилитическомъ* происхожденіи перитифлитовъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ. Такъ, Horwitz [1]) описываетъ 4 случая хроническаго аппендицита при вторичномъ сифилисѣ, окончившихся выздоровленіемъ послѣ противосифилитическаго леченія.

Въ рѣдкихъ случаяхъ къ развитію перитифлитическихъ явленій могутъ повести *новообразованія червеобразнаго отростка* или вслѣдствіе закупорки просвѣта, или вслѣдствіе прободенія стѣнокъ при распаденіи новообразованія; иногда же эти новообразованія только симулируютъ перитифлитическіе припадки. Въ общемъ, новообразованія, *первично* исходящія изъ червеобразнаго отростка, встрѣчаются рѣдко; по крайней мѣрѣ, въ литературѣ опубликовано всего нѣсколько случаевъ, въ которыхъ большею частью были *раковыя* опухоли.

Такъ, Berger [2]) въ 80-хъ годахъ опубликовалъ случай *рака* червеобразнаго отростка, оперированный Thierschемъ.

Пѣшковъ [3]) въ засѣданіи московскаго хирургическаго общества 17 ноября 1893 г. демонстрировалъ червеобразный отростокъ, ампутированный въ межприпадковомъ періодѣ проф. А. Бобровымъ; микроскопическое изслѣдованіе обнаружило раковое перерожденіе слизистой отростка.

Hordon [4]) описываетъ случай первичнаго рака червеобразнаго отростка, обнаруженный попутно при операціи retroflexio uteri. Новообразованіе сидѣло въ средней трети отростка и закрывало просвѣтъ.

Christel [5]) случайно на вскрытіи нашелъ у основанія червеобразнаго отростка раковый узелъ, въ лѣсной орѣхъ величиною.

О первичномъ ракѣ червеобразнаго отростка сообщаютъ также

[1]) Horwitz. Four cases of secondary Syphilis complicated with chronic appendicitis.—Annals of surgery. Jun 1898.

[2]) Berger. Ein Fall von Krebs des Wurmfortsatses.—Berl. klin. Wochenschrift. № 47. 1882.

[3]) Пѣшковъ Врачъ р. 1340. 1893.

[4]) Hordon. Carcinoma proc. vermiformis—Johns-Hopkins Hosp. Bull. 1900.

[5]) Christel.—Centralb. f. Chir. № 49. p. 1232. 1900.

Draper [1], Mossé et Dauvic [2], Stimson [3], Wright [4], Rolleston [5]) приводятъ случаи рака червеобразнаго отростка, гдѣ оперировали въ предположеніи аппендицита: червеобразный отростокъ былъ изслѣдуемъ: микроскопическое изслѣдованіе обнаружило первичное раковое перерожденіе, проникавшее уже muscularis. Вскорѣ наступилъ рецидивъ.

Letulle et Weinberg [6]) также приводятъ операцію, произведенную въ одномъ случаѣ въ предположеніи аппендицита: микроскопическое же изслѣдованіе амнутированнаго червеобразнаго отростка обнаружило раковую инфильтрацію.

Kelly [7]) приводитъ слѣдующія данныя о частотѣ первичныхъ опухолей червеобразнаго отростка: изъ 1391 случая рака кишекъ 988 приходятся на прямую кишку, 251 на толстыя, 79 на слѣпую и червеобразный отростокъ, 32 на подвздошную, 17 на тощую и 24 на 12-перстную.

Изъ 79 случаевъ опухоли слѣпой кишки и червеобразнаго отростка только въ 5 *случаяхъ* новообразованіе поражало *одинъ* червеобразный отростокъ.

Изъ 706 случаевъ ампутацій червеобразнаго отростка Kelly только въ 4 случаяхъ нашелъ новообразованіе его (въ 3 случаяхъ ракъ и въ 1 случаѣ эндотеліома). Во всѣхъ этихъ 4 случаяхъ операція произведена при діагнозѣ «*перитифлитѣ*». Въ 3 случ. кромѣ опухоли имѣлись также воспалительныя измѣненія въ отросткѣ.

Kelly полагаетъ, что новообразованія червеобразнаго отростка встрѣчаются чаще, но просматриваются при небольшой величинѣ ихъ.

О *саркоматозныхъ* новообразованіяхъ червеобразнаго отростка имѣются только единичныя указанія.

Такъ Hostings Gilford [8]) приводитъ одинъ случай, гдѣ

[1]) Draper. Colloid cancer of the appendix vermif.—Bost. med. and surg. Journ. CX. 1887.
[2]) Mossé et Dauvic. Cancer primitif de l'appendice.—Bull. de la Soc. anat. de Paris. 19 nov. 1897.
[3]) Stimson L. A. Annals of surg. XXIII. 1896. CXXXVIII p. 150. 1898.
[4]) Wright, J. H. Boston med. and surg. Journ.
[5]) Rolleston. A case of primary carcinoma of the vermiform appendix. The Lancet. 7 July 1900.
[6]) Letulle et Weinberg. Appendicite chronique et cancer primitif de l'appendice iléo-cæcale.—Bull. et mem. de la Soc. anat de Paris. № 4. 1900.
[7]) Kelly.—The Journ. of Americ. Med. Assoc. 28 Apr. 1900.
[8]) Gilford H. Sarcoma surrounding a concretion in the vermiform appendix. The Lancet. July 29. 1893.

на почвѣ 13-лѣтняго хроническаго аппендицита развилась саркома, въ центрѣ которой имѣлась гнойная полость, содержавшая каловой камень, въ вишневую косточку величиною.

Одинъ случай саркомы червеобразнаго отростка приводитъ Sonnenburg.

Glazebrook [1]) также описалъ одинъ случай первичной эндотеліальной саркомы червеобразнаго отростка.

Изъ *доброкачественныхъ* новообразованій червеобразнаго отростка извѣстенъ случай *фибромы*, описанный Deaver'омъ [2]).

Churton [3]) удалилъ у 23-лѣтней дѣвушки червеобразный отростокъ съ *миксоматозными* новообразованіями, вызывавшими припадки рецидивирующаго перитифлита.

Остается еще упомянуть тоже о весьма рѣдкомъ пораженіи червеобразнаго отростка *эхинококкомъ*, какъ то описываютъ Birch-Hirschfeld [4]) и Bierhof [5]).

Полъ также оказываетъ вліяніе на частоту заболѣваній червеобразнаго отростка. Такъ, *мужчины* заболѣваютъ перитифлитомъ чаще женщинъ. Большее предрасположеніе мужчинъ къ этому заболѣванію подмѣчено уже давно, когда еще господствовала полная путаница въ этіологическихъ и патолого-анатомическихъ представленіяхъ о разбираемомъ страданіи.

Впервые указалъ на болѣе частую заболѣваемость перитифлитомъ мужчинъ Grisolle въ концѣ тридцатыхъ годовъ прошлаго столѣтія, а Marchal de Calvi [6]) (1844) даетъ уже цифровыя отношенія заболѣваемости мужчинъ и женщинъ, именно 9:1.

Послѣдующими изслѣдователями эта разница въ заболѣваемости мужчинъ и женщинъ подтверждена, хотя и не съ такимъ крупнымъ перевѣсомъ въ пользу мужчинъ.

Такъ, по Volz'y, изъ 46 ч. было 37 муж. и 9 жен., т. е. прибл. 4:1.

По Bambergery, на 154 ч. было 123 м. и 31 жен. т. е. 4:1.

[1]) Glazebrook. W.—Virginia Med. Month. XXII. 1895—96.
[2]) Deaver. Fibroma of the appendix vermiformis.—Ann. of Surg. V. 28. p. 143. 1898.
[3]) Churton. Myxoma of vermiform appendix simulating recurrent appendicitis.—Leeds and west riding medico-chirur. Soc. Apr. 9. 1897.—Brit. med. Journ. May. 15. 1897.
[4]) Birch-Hirschfeld, F. V. Echinococcus des Proc. vermiformis. Arch. d. Heilk. XII. 1871.
[5]) Bierhoff, C. Ueber die Krankheiten des Wurmfortsatzes.—Ludenscheid. 1878.
[6]) Marchal de Calvi. Des abcès phlegmoneux intrapelviens. Paris. 1844.

Изъ позднѣйшихъ авторовъ:

По Talamon'у также въ отношеніи 4:1.

По Vollert'у [1]) разница больше, именно на 55 муж. было только 10 жен., т. е. 5,5:1.

По Nothnagel'ю, изъ 130 ч. было 105 м. и 25 ж., т. е. 4:1.

Fowler собралъ случаи Bamberger'а, Volz'а, Marchal'а, Paulier, Fitz'а и Maurin'а и нашелъ также, что изъ 543 ч. было 430 муж. и 113 жен., т. е. 4:1.

Другіе авторы даютъ однако, много меньшую разницу, чѣмъ предыдущіе. Такъ, по даннымъ Matterstock'а:

На 1030 случ. было 733 мужч. и 297 женщ., т. е. отношеніе прибл. 2,5:1.

Это же отношеніе сохраняется и въ дѣтскомъ возрастѣ:

изъ 72 больн. было 51 мальч. и 21 дѣвоч., т. е. 2,5:1.

По даннымъ Biggs'а [2]):

на 131 больн. было 90 мужч. и 41 женщ., т. е. 2,2:1.

По даннымъ Herzog'а [3]), изъ 308 больныхъ, пользовавшихся въ берлинскомъ госпиталѣ Bethanien за время съ 1880 до начала 1897 года было:

211 мужч. и 97 женщ. т. е. 2,2:1.

A Sonnenburg приводитъ еще меньшую разницу въ отношеніяхъ, именно:

изъ 564 бол. было 340 мужч. и 224 женщ., т. е. 1,5:1.

а въ дѣтскомъ возрастѣ:

изъ 92 больн. 49 мальч. и 43 дѣвоч., т. е. 4,9:4,3.

Еще меньшую разницу даютъ Einhorn, Schlafke, Sennander и др.

По даннымъ Einhorn'а [4]), собраннымъ на матеріалѣ въ Мюнхенскомъ Патологическомъ Институтѣ за время съ 1854 по 1889 г., оказалось, что отношеніе числа лицъ, умершихъ отъ перитонита послѣ прободенія червеобразнаго отростка, по полямъ, почти одинаковое, именно 55:57.

[1]) Vollert, J. Resultate der Beh. der Perityphl. etc. Deut. med. Wochenschrift. 1891.

[2]) Приведено у Bryant J. D. The relations of the gross anat. of the vermiform appendix to some features of the clin. history of appendicitis.—Annals of surgery. 1892.

[3]) l. c.

[4]) Einhorn. Ueber Perforation des Proc. vermif. und des Coecums.—Inaug. Diss. München. 1891.

То же по Schlafke [1]), изъ 60 больныхъ, пользованныхъ за время съ 1889 по 1895 г. въ городской больницѣ города Stetin'а было 31 мужч. и 29 женщ.

По Eenndeŕy, изъ 74 больн. было 41 мужч. и 33 женщ.

Эту разницу въ предрасположеніи къ заболѣванію мужчинъ и женщинъ объясняютъ какъ разницею анатомическихъ условій, въ какихъ находится червеобразный отростокъ у мужчинъ и женщинъ, такъ и разницею во внѣшнихъ предрасполагающихъ моментахъ, подъ неравнымъ вліяніемъ которыхъ находятся тѣ и другія.

Такъ, выставляютъ на видъ, что червеобразный отростокъ у женщинъ поставленъ въ болѣе выгодныя условія снабженія кровью, чѣмъ у мужчинъ. Именно, у женщинъ, по изслѣдованіямъ Clado [2]), Durand'а, Nagel'а, Treitz'а, Waldeger'а [3]), Martin'а [4]) и др. — отъ meso-appendix тянется къ правому яичнику складка брюшины, названная Clado *ligamentum appendiculo-ovaricum*, въ которой протекаетъ особая артерія *(art. appendiculo-ovarica)* къ червеобразному отростку, отсутствующая у мужчинъ, какъ демонстрировалъ ее Martin на препаратѣ въ Берлинскомъ акушерско-гинекологическомъ обществѣ въ 1896 г. Поэтому, надо думать, червеобразный отростокъ женщинъ, благодаря лучшему питанію, легче справляется съ воспаленіемъ и менѣе часто подвергается гангренѣ. Но надо замѣтить, что черезъ ту же складку (lig. append.-ovar.) проложены лимфатическіе пути, по которымъ можетъ передаваться, какъ о томъ будетъ сказано подробнѣе въ другомъ мѣстѣ, воспаленіе отъ придатковъ къ червеобразному отростку, и тѣмъ прибавлять новые этіологическіе моменты, отсутствующіе у мужчинъ, чѣмъ до нѣкоторой степени должна выравниваться разница анатомическихъ условій у того и другого пола.

Barnsby [5]), однако, отрицаетъ существованіе названной складки и особаго кровеноснаго сосуда. На основаніи 127 изслѣдованій на трупахъ, онъ увѣряетъ, что въ анатомическомъ отношеніи правосторонніе маточные придатки и червеобразный отростокъ совершенно не зависятъ другъ отъ друга.

[1]) Schlafke. Beitrag zur Casuistik der Perityphlitis.—Inaug. Diss. Greifswald. 1896 г.

[2]) Clado. Appendice caecal; anatomie, embryologie, anatomie comparée; bactériologie normale et pathologique.—Comptes-rend. soc. de biol. g. S. IV. 193 и Revue de chir. 1892.

[3]) Waldeger. Die Lage des Eierstockes.—Zeitschrift f. Geburt. u. Gynäk. Bd.u 35. 1896.

[4]) Martin.— Verhandlungen der Gesellsch. für Geburtshülfe und Gynäkol. zu Berlin. 1896.

[5]) Barnsby.—R de Gynéc. et de chir. abd. № 3. 1898.

Къ его мнѣнію присоединяется также Futh [1], признающій существованіе lig. append.-ovaric. только какъ исключеніе.

Hutchinson Jun. [2]) нашелъ эту складку въ 50% изслѣдованныхъ имъ случаяхъ, но онъ также часто находилъ и у субъектовъ мужского пола аналогичную складку брюшины, идущую отъ основанія червеобразнаго отростка или слѣпой кишки (въ 20%) или брыжейки (въ 50%) къ правому яичку, а равно и на лѣвой сторонѣ такую же складку отъ Flexura Sigm. или ея брыжейки къ широкой связкѣ у женщинъ и яичку у мужчинъ. Аналогичную же складку у мужчинъ описываетъ также Durand [3]).

Bryant, обративъ вниманіе на соотношеніе размѣровъ червеобразнаго отростка и частоты находимаго въ немъ содержимаго (каловыхъ массъ), нашелъ, что чѣмъ размѣры больше, тѣмъ чаще встрѣчаются въ немъ каловыя массы. Поэтому у женщинъ, имѣющихъ червеобразный отростокъ меньшаго діаметра на 0,1 дюйм., содержимое въ немъ встрѣчается рѣже и стало быть и рѣже случается воспаленіе отростка (см. подробныя цифровыя данныя стр. 92—93).

Robinson же думаетъ найти объясненіе разницы въ частотѣ заболѣваній червеобразнаго отростка у мужчинъ и у женщинъ въ различномъ положеніи его у того и другого пола по отношенію къ *m. psoas*; травматизирующему дѣйствію котораго онъ придаетъ большую этіологическую роль въ воспаленіяхъ отростка; именно, по его наблюденіямъ, червеобразный отростокъ лежитъ на m. psoas въ 16% у мужчинъ и только въ 20%—у женщинъ.

Что касается внѣшнихъ условій, то мужчины поставлены въ болѣе невыгодныя: на нихъ въ значительно большей степени ложится борьба за существованіе, имъ приходится вести менѣе правильный образъ жизни, нести болѣе тяжелый физическій трудъ, менѣе щадить себя, чаще предаваться различнымъ эксцессамъ и т. д. Съ развитіемъ современной цивилизаціи, условія жизни того и другого пола становятся болѣе сходными; поэтому, можетъ быть, женщины стали заболѣвать перитифлитомъ чаще, чѣмъ это было раньше.

[1]) Futh. Die Wechselbeziehungen zwischen Erkrankungen des Wurmfortsatzes und der Adnexe.—Centrbl. f. Gynäkol. № 1. 1899.

[2]) Hutchinson Jun. On the vermiform appendix in relation to external hernia. Brit. med. Journ. Oct. 21. 1899.

[3]) Durand. Le ligament ileo-ovarien.—Progrès méd. № 27. 1895.

Возрастъ также остается не безъ вліянія на предрасположеніе къ заболѣваніямъ червеобразнаго отростка.

Такъ, изъ нашихъ 161 больныхъ:

въ	возрастѣ	отъ	11	до	20	лѣтъ	было	43	ч.,	т. е.	26,7%
»	»	»	21	»	30	»	»	50	»	»	31 »
»	»	»	31	»	40	»	»	38	»	»	23,6 »
»	»	»	41	»	50	»	»	17	»	»	10,6 »
»	»	»	51	»	60	»	»	8	»	»	5 »
»	»	»	61	и	старше		»	5	»	»	3,1 »

Сравнивая наши данныя съ данными другихъ авторовъ, мы находимъ между ними большое сходство:

Возрастъ.	% по нашимъ даннымъ.	по даннымъ Matterstock'a.	по даннымъ Herzog'a.	по даннымъ J. B. Deaver'a [1]).
11 — 20	26,7	30,16	29,9	21,6
21 — 30	31	33,33	38,2	38,2
31 — 40	23,6	15,18	19,2	25,1
41 — 50	10,6	6,32	7,2	7,0
51 — 60	5	3,79	4,1	3,0
61 и старше	3,1	1,47	—	0,5

Изъ этихъ данныхъ мы видимъ, что наиболѣе предрасположенъ къ перитифлитамъ возрастъ между 21 и 30 годами и весьма близко подходитъ къ нему возрастъ отъ 11 до 20 лѣтъ. Отъ 40 же лѣтъ и особенно отъ 50 заболѣванія перитифлитомъ встрѣчаются уже рѣдко.

Что касается дѣтскаго возраста до 10 лѣтъ, то перитифлитъ въ немъ встрѣчается сравнительно часто; такъ, по статистикѣ Matterstock'a, на 474 больныхъ перитифлитомъ дѣтей было 46 человѣкъ, т. е. 9,07%, по Herzog'y, на 246 больныхъ дѣтей до 15 лѣтъ было 38 человѣкъ, т. е. 10,9%, по Rotter'y въ 9%, по Sonnenburg'y—11%, по Deaver'y же значительно рѣже, именно, у него изъ 199 больныхъ было дѣтей только 5 человѣкъ, т. е. въ 2,5%.

Интересны болѣе детальныя данныя заболѣваемости перитифлитомъ дѣтей по годамъ:

[1]) Deaver J. B. Remarks upon the differential diagnosis, the pathol. and treatm. of apendic.—Annals of Surgery. March. 1898.

			% забол. перитифлит.
Отъ 11 до 20 лѣтъ	580 ч.	т. е.	20,9%
» 21 » 30 »	881 »	» »	32,8 »
» 31 » 40 »	671 »	» »	24,1 »
» 41 » 50 »	874 »	» »	13,4 »
» 51 » 60 »	157 »	» »	5,6 »
» 61 и старше.	96 »	» »	3,4 »

Мы сопоставили здѣсь %-ное отношеніе по возрасту всѣхъ больныхъ вообще съ %-ными отношеніями по возрасту нашихъ больныхъ перитифлитомъ. Это сопоставленіе обнаруживаетъ удивительное *совпаденіе* всѣхъ отдѣльныхъ %-ныхъ отношеній той и другой рубрики. — Отсюда выводъ тотъ, что при малочисленности субъектовъ преклоннаго возраста мало и число поставляемыхъ имъ больныхъ, а отсюда слѣдуетъ то заключеніе, что положеніе о меньшемъ предрасположеніи лицъ преклоннаго возраста къ заболѣваніямъ червеобразнаго отростка требуетъ значительной поправки; но крайней мѣрѣ, *разница въ предрасположеніи къ заболѣванію по возрастамъ не такая большая*, какъ принято думать.

Насколько различныя *націи* подвержены заболѣванію перитифлитомъ, остается еще не разрѣшеннымъ вопросомъ. Имѣющіяся наблюденія какъ бы указываютъ на то, что наиболѣе предрасположены къ воспалительнымъ заболѣваніямъ червеобразнаго отростка *с.-американцы* и *англичане*, за ними *французы*, *нѣмцы*, менѣе ихъ *итальянцы*, затѣмъ *русскіе*, весьма мало подвержены этому заболѣванію будто бы *негры* и почти совершенно невосприимчивы къ нему *японцы*.

Выводы эти дѣлаются изъ имѣющихся регистрацій больныхъ и изъ числа появляющихся описаній болѣзни и операцій въ той или другой странѣ. Въ дѣйствительности же, сравнительной международной регистраціи больныхъ до сихъ поръ не имѣется и пока она могла бы имѣть сравнительное значеніе: дѣло въ томъ, что въ нѣкоторыхъ странахъ, какъ напр. въ Сѣверно-Американскихъ Штатахъ перитифлитъ давно уже сталъ, если можно такъ выразиться, популярной болѣзнью и привлекъ многочисленныхъ изслѣдователей, а когда были выставлены требованія *раннѣю* оперативнаго вмѣшательства, единственно якобы обезпечивающаго успѣхъ леченія, требованія, граничащія со спортомъ,—они логически повлекли за собою необходимость ранневременнаго распознаванія болѣзни. Эта необходимость, безъ сомнѣнія, изощрила діагностическія способности с.-американскихъ врачей, дѣйствующихъ въ этомъ направленіи, можетъ быть, не безъ извѣстнаго увлеченія. Результатомъ сказаннаго явилось громадное число зарегистрированныхъ больныхъ, громадное число производимыхъ операцій и громадное число публикуемыхъ наблюденій и наслѣдованій въ этой странѣ, въ противоположность тѣмъ странамъ, гдѣ перитифлитъ рѣдко служитъ предметомъ изученія, гдѣ господствуютъ болѣе консервативные взгляды на леченіе и гдѣ, возможно, многіе легкіе случаи регистрируются подъ другимъ наименованіемъ. Этими соображеніями мы нисколько не хотимъ отрицать возможности большей или меньшей распространенности заболѣваній червеобразнаго отростка среди одной націи сравнительно съ другой, но намъ кажется, эти соображенія должны служить необходимымъ коррективомъ при оцѣнкѣ данныхъ о заболѣваемости перитифлитомъ въ той или другой націи.

Большая распространенность перитифлитовъ у с.-американцевъ и англичанъ объясняется не какими либо національными анатомическими особенностями, а извѣстными укладомъ жизни. С.-Американцы и не представлять, вѣдь, собою обособленную этнологическую группу, а состоятъ изъ представителей различныхъ національностей, хотя и съ преимущественнымъ перевѣсомъ англо-саксонской націи. Предрасположеніе ихъ къ заболѣванію червеобразнаго отростка объясняется, какъ мы указывали на стр. 151, *неправильнымъ образомъ жизни*, связаннымъ съ болѣе дѣятельною жизнью и влекущимъ за собою *нерегулированность въ діэтетическомъ отношеніи*. Нѣкоторые присоединяютъ къ предрасполагающимъ моментамъ *нейрастеническую конституцію* с.-американцевъ (см. ниже); въ этомъ и другомъ отношеніи представители подобныхъ странъ съ обостренною борьбой за существованіе имѣютъ аналогію въ горожанахъ по сравненію съ сельскими обывателями, менѣе, будто бы, склонными къ заболѣванію перитифлитомъ.

Національная анатомическая разница червеобразнаго отростка, приводимая нѣкоторыми авторами (Bryant), какъ нами указано на стр. 65—67, при ближайшемъ изученіи оказалась несуществующей.

На противоположномъ с.-американцамъ полюсѣ стоятъ въ этомъ отношеніи будто бы *негры* и *японцы*:

Такъ, по свидѣтельству Gastona [1]), Handa [2]) и Baldwin'a [3]), воспаленіе червеобразнаго отростка хотя несомнѣнно и встрѣчается среди *негровъ*, какъ они приводятъ тому примѣры, но несравненно рѣже, чѣмъ среди бѣлокожихъ.

Японцы же, по увѣренію Asmead'a [4]), совершенно *невосприимчивы* къ воспаленію червеобразнаго отростка. Эту невосприимчивость Asmead пытается объяснить пищей японцевъ—почти исключительно *растительной*, состоящей преимущественно изъ риса, именно, по его толкованію, развиваемые отъ растительной пищи обильные газы растягиваютъ кишечникъ и тѣмъ предохраняютъ червеобразный отростокъ отъ засоренія: не лишено вліянія также, будто бы, отсутствіе птомаиновъ и лейкомаиновъ, развивающихся при мясной діэтѣ.

Глава VII.

Этіологическая роль бактерій при перитифлитахъ и перитонитахъ.

Бактеріологическія изслѣдованія перитифлита надо считать далеко не законченными. Пока несомнѣнно установлено, что различныя бактеріи, обнаруженныя въ перитифлитическомъ экссудатѣ, играютъ значительную роль въ этіологіи перитифлита: но остается далеко не выясненнымъ, при какихъ условіяхъ и какіе виды бактерій развертываютъ свою вирулентность въ той или другой степени; насколько бактеріи вліяютъ на теченіе болѣзни, ея исходъ и т. п.

Неистощимымъ резервуаромъ бактерій, проникающихъ въ брюшную полость и вызывающихъ ея воспаленіе, есть кишечникъ, содержимое котораго, особенно въ нижнихъ отдѣлахъ, кишитъ различными видами микроорганизмовъ. Чаще всего *бактеріи проникаютъ непосредственно изъ кишечника въ брюшную полость при нарушеніи цѣлости стѣнокъ перваго*, имен но, *при его про-*

[1]) Gaston. I. Mc. Appendicitis in the negro. Med. News. Oct. 7. p. 418—419 1893.
[2]) Ibid.
[3]) Ibid.
[4]) Asmead. A. S. Immunity to appendicitis.—Med. News. 7 oct. 1893.

оденіи, когда вмѣстѣ съ содержимымъ кишечника попадаютъ въ брюшную полость и его микроорганизмы. Но и при цѣлости кишечной стѣнки бактеріи могутъ попасть въ брюшную полость при благопріятныхъ къ тому условіяхъ. Здѣсь различаютъ два пути проникновенія: во-1-хъ, *эмиграцію бактерій черезъ лимфатическіе сосуды* въ прилегающія части брюшной полости; во-2-хъ, *непосредственную эмиграцію бактерій черезъ кишечную стѣнку*.

Вопросъ о способности микроорганизмовъ проникать *черезъ кишечную стѣнку* вызвалъ многочисленныя изслѣдованія какъ на клиническомъ матеріалѣ, такъ и экспериментальныя.

Уже въ 1861 г. Verneuil [1]) указалъ на то, что грыжевой мѣшокъ при ущемленныхъ грыжахъ содержитъ «токсическія» вещества, почему онъ настаиваетъ на основательномъ очищеніи его. Nepveu въ 1867 г. нашелъ въ грыжевой водѣ микроорганизмы, а въ 1883 году опубликовалъ рядъ положительныхъ результатовъ своихъ изслѣдованій [2]). Garré [2]) же въ 1886 г. на основаніи своихъ бактеріологическихъ изслѣдованій ущемленныхъ грыжъ пришелъ къ тому заключенію, что кишечная стѣнка только при гангренѣ ея проходима для микроорганизмовъ, при менѣе же тяжелыхъ ея измѣненіяхъ, если она не утратила еще способности возстановиться, она представляетъ надежную преграду противъ микроорганизмовъ (въ особенности серозный покровъ). Къ такимъ же выводамъ пришли: Cornil et Tchistowitch [4]), Ritter [5]), Orth [6]), Rousing [6]), Waterhouse, Garre, Teissier [7]), Ocker Blom [9]), Neisser [8]), Чистовичъ [10]) и др. Однако,

[1]) Цит. по Arndt'y.
[2]) Nepveu. Présence des bactéries et des cercomones intestinales dans la sérosité péritonéale de la hernie étranglée et de l'occlusion intestinale. Paris. 1883.
[3]) Garré. Bakteriologische Untersuchungen des Bruchwassers eingeklemmter Hernien.—Fortschritte der Medicin. 1886. № 6.
[4]) Cornil, V. et Tchistowitch, N. Les lésions de l'intestin dans les hernies etranglées.—Arch. de méd. expér. T. I, p. 353. 1889.
[5]) Цит. по Arndt'y.
[6]) Ibid.
[7]) Teissier. Contr. à l'étude du tetragène.—Arch. méd. expérim. et d'anat. pathol. № 1. 1896.
[8]) Ocker-Blom. Beitrag zur Kenntniss des Eindringens des Bact. c. c. in die Darmwand in path. Zustände.—Centralbl. f. Bacteriologie. Bd. 15. № 16. 1894.
[9]) Neisser, M. Zeitschrift f. Hygiene und Infectionskrankheiten. XXII. 2. 1896.
[10]) Чистовичъ, Ф. И. О проходимости для микробовъ кишечной стѣнки при экспериментальномъ перитонитѣ. «Больничная Газета Боткина». № 44 и 45. 1896.

изслѣдованія Clado, Korte [1]), Tavel'a и Lanz'a, Will-land'a [2]) и др. на ущемленныхъ грыжахъ, а Bönnecken'a [3]), Arnd'a [4]), Мультановскаго [5]), Birch-Hirschfeld'a [6]) и друг. на животныхъ не оставляютъ никакого сомнѣнія, что для проникновенія бактерій черезъ кишечную стѣнку не требуется столь глубокихъ ея измѣненій. Bönnecken, напр., нашелъ микробы даже черезъ 4 часа послѣ ущемленія. Онъ, а также и Arnd, а недавно Маклецовъ [7]) на основаніи своихъ изслѣдованій пришли къ тому выводу, что *кишечная стѣнка становится проходимой для содержащихся въ ней микроорганизмовъ при повышенномъ въ ней давленіи уже въ первыя стадіи разстройства кровообращенія (венознаго застоя), прежде чѣмъ наступитъ какое-либо измѣненіе тканей, или нарушена будетъ ихъ функція: не требуется также подготовительныхъ къ тому измѣненій воспалительнаго характера.*

Такія условія, облегчающія проникновеніе бактерій черезъ кишечную стѣнку, какъ нарушеніе кровообращенія и повышенное давленіе, встрѣчаются нерѣдко въ червеобразномъ отросткѣ, какъ это мы увидимъ ниже.

Присутствіе бактерій въ брюшной полости не играетъ однако рѣшающей роли; требуются различныя подготовительныя и совмѣстныя дѣйствія другихъ факторовъ, чтобы бактеріи могло развернуть свою вирулентную силу.

Wegner [8]) на V конгрессѣ нѣмецкихъ хирурговъ въ 1877 г. впервые указалъ на высокую степень невосприимчивости брюшины къ вредоноснымъ агентамъ, что шло въ разрѣзъ съ господствовавшимъ тогда представленіемъ о необыкновенной ея чувствительности. Своими многочисленными опытами онъ доказалъ, чрезвычайность безъ вреда можетъ переносить вводимыя въ нее большія количества воздуха, воды, даже загнившихъ жидкостей, пока не утрачена ея способность къ транссудаціи и всасыванію (Transsudations- und Resoptionsfähigkeit). Изслѣдованія Wegner'a, произведенныя въ то время, когда бактеріологія стояла еще на низкой ступени своего развитія, съ бактеріологической точки зрѣнія, конечно, должны считаться далеко не законченными, но основные его выводы были подкрѣплены послѣдующими наысканіями.

Такъ, спустя 9 лѣтъ, Grawitz [1]) выступилъ съ длиннымъ рядомъ опытовъ, затрогивающихъ эту сторону этіологіи перитонита и вообще нагноенія. Подтвердивъ большую часть наблюденій Wegner'a касательно способности полости брюшины къ транссудаціи и всасыванію, онъ показалъ своими изслѣдованіями, что не только большое число различныхъ видовъ «бактерій и микрококковъ», вводимыхъ въ чистыхъ культурахъ или смѣсяхъ, не въ состояніи вызвать гнойнаго перитонита *ни при какихъ* условіяхъ, но даже и вымѣненные Rosenbach'омъ, Ogston'омъ и друг. стафилококки и стрептококки не являются настоящими возбудителями нагноенія и въ частности гнойнаго перитонита, если нѣтъ къ тому опредѣленныхъ условій, такъ что, при отсутствіи послѣднихъ, впрыснутые въ брюшную полость въ небольшомъ количествѣ обыкновенные патогенные микробы безъ вреда переносятся ею. Могучее орудіе брюшины противъ названныхъ микробовъ лежитъ въ ея громадной способности всасыванія: поэтому гноеродныя бактеріи обнаруживаютъ свою силу, какъ только эта способность въ значительной степени уменьшена или уничтожена, благодаря, напр., какимъ-либо патологическимъ процессамъ, какъ ранѣ, ущемленію, застою и пр.

Изслѣдованія Grawitz'a, пролившія свѣтъ на этіологію перитонита, вызвали и дали направленіе многочисленнымъ работамъ, которыя подтвердили и дополнили часть его выводовъ, а часть отвергли. Въ послѣдующихъ работахъ были затронуты новыя стороны вопроса, расширены его рамки, что шло въ соотвѣтствіи съ развитіемъ бактеріологіи. Въ основу этихъ работъ легли какъ кли-

[1]) l. c.

[2]) Wieland. Experim. Untersuch. über die Entstehung der circumscr. und diffus. Peritonitis. Mitt. a. kl. u. med. Inst. d. Schweiz. 1895.

[3]) Bönnecken. Ueber Bacterien des Bruchwassers eingeklemmter Hernien und deren Beziehung zur peritonealen Sepsis.—Virchow's Arch. Bd. 120. 1890.

[4]) Arnd. Ueber die Durchlässigkeit der Darmwand eingeklemmter Brüche für Mikroorganismen.—Mittheil. aus klin. und medic. Institut. der Schweiz. 1893.

[5]) Мультановскій. Къ вопросу о проницаемости для бактерій стѣнокъ кишечника при непроходимости его. Дисс.—С.-Петербургъ. 1895.

[6]) Birch-Hirschfeld. Ueber das Eindringen von Darmbacterien, besonders des Bact. c. c. in das Innere der Organen.—Ziegler's Beiträge. Bd. 24. H. 2. 1898.

[7]) Маклецовъ. Къ вопросу о проницаемости для бактерій стѣнки кишки. Дисс. 1900.

[8]) Wegner. Chirurgische Beobachtungen über die Peritonealhöhle mit besonderer Berücksichtigung der Ovariotomie.—Vortrag im V Congress der deutschen Chirurg. Gesellschaft. Berlin. 1877.

[1]) a) Grawitz. Statistischer und experim. Beitrag zur Kenntniss der Peritonitis.—Charité-Annalen. XI. 1886.

b) Grawitz und de Bary. Ueber die Aetiologie der Eiterung.—Virchow's Arch. Bd. 108.

c) Grawitz. Ueber die Bedeutung des Cadaverins für das Entstehen der Eiterung. Virchow's Arch. Bd 110.

d) Grawitz. Beitrag zur Theorie der Eiterung.—Virchow's Arch. Bd. 116.

нический матеріалъ, такъ и эксперименты на животныхъ. Открывая тѣ или другіе микроорганизмы при различныхъ формахъ перитонита и производя надъ ними дальнѣйшія изслѣдованія, стремились уяснить себѣ связь, какая существуетъ между различными бактеріями и различными видами перитонита, его теченіемъ и исходомъ. Эти изысканія, какъ мы уже говорили, надо считать далеко не законченными.

Pawlowsky [1]), изучая этіологію острыхъ гнойныхъ перитонитовъ, вызывалъ ихъ путемъ дѣйствія на брюшину: 1) различныхъ химическихъ веществъ; 2) микробовъ: 3) кишечнаго сока, и 4) совмѣстнаго дѣйствія микробовъ и химическихъ веществъ. На основаніи своихъ опытовъ, онъ пришелъ къ тому заключенію, что безъ микробовъ нѣтъ нагноенія (противъ мнѣнія Grawitz'a); причины остраго гнойнаго перитонита суть патогенные микробы и между ними, въ особенности и главнымъ образомъ, *Staphylococcus aureus*, незначительное количество котораго, впрыснутое въ брюшную полость кролика, вызываетъ смертельный острый перитонитъ.

Pawlowsky дѣлитъ перитонитъ на три формы:

1. *Peritonitis haemorrhagica*, вызываемый химическими веществами и продуктами обмѣна бактерій.

2. Перитонитъ, вызываемый инфекціей черезъ брюшные покровы (p. mycotica, haemorrhagica, fibrinopurulenta или purulenta— первая форма протекаетъ быстрѣе всего, а послѣдняя медленнѣе всего).

3. Перитонитъ вслѣдствіе прободенія кишекъ.

Желая рѣшить споръ между Grawitz'емъ и Pawlowsky'мъ, Orth [2]) и Waterhouse [3]) повторили эксперименты того и другого и пришли къ тѣмъ же выводамъ, что и Grawitz.

Они впрыскивали въ полость брюшины гноеродные кокки съ *водою, снѣжею мочею и небольшими количествами жидкой крови* и не получали перитонита. Наоборотъ, перитонитъ развивался и наступала смерть, какъ только бродились микробы съ разложившейся уже мочей или большимъ количествомъ жидкой крови (15—20 к. снтм.), или со свертками крови, а также при введеніи гноеродныхъ бактерій вмѣстѣ съ питательными средами (съ агаромъ, желатиной и др). Отсюда тотъ выводъ, что *перитонитъ возникаетъ тогда, когда жидкость недостаточно* всасывается брюшиной, а также при какихъ либо *патологическихъ процессахъ*. напр. при *асситѣ*.

Къ тѣмъ же результатамъ, что Wegner и Grawitz, пришли также Reichel, L. Kraft и Bönnecken.

Reichel [1]) обращаетъ особенное вниманіе на большую важность способности брюшины къ транссудаціи и всасыванію и въ своей позднѣйшей работѣ [2]) приводитъ примѣры, гдѣ онъ безъ всякихъ послѣдствій впрыскивалъ въ брюшную полость до 100 к. снтм. разжиженной желатинной культуры гноеродныхъ кокковъ, съ прибавленіемъ 50 к. снтм. воды.

L. Kraft [3]) также не получалъ перитонита, впрыскивая большія количества гноеродныхъ кокковъ, разъ только рана не была инфецирована. Вводя же въ брюшную полость воду или бульонъ и тѣмъ *уменьшая всасывающую способность брюшины*, онъ вызывалъ перитонитъ уже значительно меньшимъ количествомъ микробовъ. Онъ наблюдалъ также и такъ называемый *химическій перитонитъ*. Такъ, въ одномъ случаѣ перитонита при грижѣ и искусственной непроходимости онъ не нашелъ бактерій. Стерилизованныя агаровыя культуры патогенныхъ микробовъ вызывали тѣ же явленія, что и живыхъ, именно стерилизованныя гноеродныя культуры вызывали гнойный перитонитъ, а стерилизованныя культуры другихъ патогенныхъ микробовъ убивали животныхъ при явленіяхъ общей интоксикаціи, безъ мѣстныхъ измѣненій. Отъ впрыскиванія же Jequirity и креолина получены были всѣ формы перитонита.

Bönnecken ущемлялъ у собакъ и кроликовъ кишечныя петли. Задолго до наступленія некроза въ грыжевой водѣ опредѣлялись бактеріи, перешедшія изъ кишечника. Если ущемленіе продолжалось недолго, то грыжевая вода и бактеріи разсасывались безслѣдно. При продолжительномъ же ущемленіи и поэтому при большемъ количествѣ эксудата, которое не могло уже быть всосано брюшиной, развивался сепсисъ и даже гнойный перитонитъ.

Мы уже указывали, что вопросъ о присутствіи бактерій въ

[1]) Pawlowsky. Zur Lehre von d. Aetiol. und den Formen der acuten Peritonitis. Virchow's Archiv. Bd. 117. 1889

[2]) Orth. Experimentelles über Peritonitis. Internat. klin. Rundschau 41.

[3]) Waterhouse. Experimentelle Untersuchungen über die Peritonitis.– Virchow's Archiv. Bd. 119. T. 2. 1890.

[1]) Reichel. Beiträge zur Aetiologie und chirurgischen Therapie der septischen Peritonitis.–Habilitationsschrift. Leipzig. 1889.

[2]) Ueber Immunität gegen das Virus der Eiterkokken.—Arch. für klin. Chirurgie. 1891.

[3]) L. Kraft. Experimentel-pathologische Studien über acut. Peritonitis. Реф. въ Virchow's Jahrbürher 1891.

грыжевой водѣ при ущемленныхъ грыжахъ, рѣшенъ въ положительномъ смыслѣ. Однако, развитіе перитонита вслѣдъ за вправленіемъ грыжи при помощи ножа или безъ него рѣдко происходитъ, если нѣтъ къ тому особыхъ причинъ. Безъ сомнѣнія, вмѣстѣ съ грыжевой водой или съ ущемленной петлей кишки, пропитанной грыжевой водой, попадаютъ въ брюшную полость и бактеріи, но онѣ, какъ и грыжевая вода, безслѣдно всасываются брюшиной.

Laruelle [1] также не видѣлъ никакихъ признаковъ воспаленія брюшины отъ простого впрыскиванія баниллъ. Онъ произвелъ гистологическія изслѣдованія брюшного покрова, подвергшагося дѣйствію желчи, желудочнаго сока и т. п., и обнаружилъ, что эндотеліальныя клѣтки въ этихъ случаяхъ разрушены или значительно повреждены, въ чемъ онъ и находитъ объясненіе вліянія названныхъ веществъ, предрасполагающихъ къ зараженію инфекціей.

Walthard [2] также задался цѣлью выяснить, въ чемъ заключаются предрасполагающія условія для развитія попадающихъ въ брюшную полость микроорганизмовъ, вызывающихъ въ этихъ случаяхъ воспаленіе брюшины. Въ своихъ опытахъ съ надвлагалищной ампутаціей матки и даже удаленіемъ беременнаго маточнаго рога онъ безъ вреда для впрыскивалъ въ полость брюшины микроорганизмы. Онъ могъ также различнымъ образомъ повреждать и инфецировать погруженную перевязанную (т. е. лишенную питанія) кулью, не вызывая мѣстнаго или общаго перитонита, только также какъ при общемъ перитонитѣ эта лишенная питанія (вслѣдствіе перевязки) часть оставалась гладкой и блестящей. Walthard на своихъ опытахъ также показалъ вредное дѣйствіе на брюшину атмосфернаго воздуха и сулемы. Дѣйствіе это обнаруживалось въ образованіи склеекъ; въ такихъ случаяхъ достаточно было ввести весьма малыя количества микроорганизмовъ, чтобы получить даже общій перитонитъ, чего не получалось при омовеніи физіологическимъ растворомъ или растворомъ Tavel'a (0,7% повар. соли + + 0,2% соды). Механическое поврежденіе оказалось даже менѣе вреднымъ, чѣмъ соприкосновеніе съ атмосфернымъ воздухомъ или сулемой.

Опыты Walthard'a показали, что для развитія бактерійнаго перитонита необходимы слѣдующія условія:

[1]) Laruelle. Etude bactériologique sur les péritonites par perforation.—La Cellule. T. V. 1889.

[2]) Walthard. Experimenteller Beitrag zur Kenntniss des eitrigen Peritonitis nach Laparotomie (sog. Operationsperitonitis). Arch. f. experim. Path. und Pharm. 1891. p. 275.

1) Предрасположеніе, обусловленное химическимъ или физическимъ поврежденіемъ эпителія и проявляющееся въ асептическомъ воспаленіи.

2) Достаточное питаніе (жизнеспособность) брюшины, такъ какъ въ такомъ только случаѣ она способна къ воспаленію.

W. Silberschmidt [1]), желая изучить, какія составныя части кишечнаго содержимаго обнаруживаютъ свое дѣйствіе *при перфоративномъ перитонитѣ* какъ на брюшину, такъ и на весь организмъ, произвелъ экспериментальныя изслѣдованія, какъ съ отдѣльными составными частями кишечнаго содержимаго, такъ и въ различныхъ комбинаціяхъ ихъ, а именно, онъ изслѣдовалъ дѣйствіе:

1) Микроорганизмовъ, находящихся въ кишечномъ содержимомъ.

2) Продуктовъ обмѣна этихъ бактерій.

3) Ферментовъ брюшныхъ железъ.

4) Твердыхъ составныхъ частей кишечнаго содержимаго.

Его опыты привели къ слѣдующимъ заключеніямъ:

1) Нормальная брюшная полость отличается въ высшей степени большою и быстрою всасывающею способностью.

2) Впрыскиванія сравнительно большихъ количествъ микроорганизмовъ переносятся ею безъ вреда.

3) Продукты обмѣна бактерій, кишечные ферменты и твердыя составныя части кала безъ примѣси микроорганизмовъ ни въ одномъ случаѣ не вызвали смертельнаго перитонита ни въ отдѣльности, ни въ различныхъ комбинаціяхъ другъ съ другомъ.

4) Перечисленныя въ п. 3 растворимыя вещества могутъ вызвать смерть, благодаря общей интоксикаціи.

5) Перечисленныя въ п. 3 вещества могутъ вызвать смертельный перитонитъ при одновременномъ присутствіи патогенныхъ, способныхъ къ развитію микроорганизмовъ, а въ особенности располагаютъ къ тому твердыя составныя части кала.

6) Въ каждомъ случаѣ смертельнаго перитонита въ брюшной полости обнаружены микроорганизмы, которые, стало быть, необходимы для развитія перфоративнаго перитонита.

7) Наблюдаемые при перитонитѣ симптомы могутъ быть раздѣлены на 2 группы:

а) На общіе, состоящіе въ интоксикаціи вслѣдствіе всасыванія токсическихъ веществъ кишечнаго содержимаго.

[1]) W. Silberschmidt. Experimentelle Untersuchungen über die bei der Entstehung der Perforationsperitonitis wirksamen Factoren des Darm-Inhalts.—Mittheilungen aus klin. und medic. Instituten der Schweiz. Basel und Leipzig. 1893.

b) На мѣстные, патогенезъ которыхъ распадается, въ свою очередь, на два момента:

a) Предрасположеніе *брюшины*, благодаря твердымъ составнымъ частямъ кишечнаго содержимаго и ихъ растворимымъ веществ (токсиковъ, ферментовъ, солей).

ß) Развитіе бактерійнаго воспаленія на этой асептически воспаленной почвѣ.

Позднѣйшія изслѣдованія Савинова [1]), Wallgren'a [2]) также показали, что однѣ бактеріи въ состояніи вызвать воспаленіе брюшины только при очень сильной вирулентности ихъ, а Burginsky [3]) вызывалъ перитонитъ стафилококкомъ только послѣ предварительнаго усиленія его вирулентности проведеніемъ его черезъ организмъ животнаго.

Итакъ, вышеизложенныя работы ставятъ внѣ сомнѣнія, что *бактерійнаго перитонита* въ строгомъ смыслѣ не существуетъ и что для развитія его должно быть налицо предрасположеніе къ тому брюшины, и притомъ предрасположеніе, состоящее не въ одномъ поврежденіи брюшины, а въ воспаленіи, вызванномъ поврежденіемъ, т. е., короче говоря, *бактерійному перитониту долженъ предшествовать химическій перитонитъ*.

Въ чемъ же состоитъ это предрасположеніе—*химическій перитонитъ*—и почему при этомъ условіи бактеріи въ состояніи развивать свою вредоносную силу, тогда какъ нормальной брюшиной онѣ убиваются безъ вреда для нея?

Отвѣтъ на это лежитъ въ *физіологической функціи брюшины*, состоящей въ чрезвычайно большой всасывающей способности. Общая поверхность брюшины равняется по Wegner'y 17,182 кв. сntm. т. е. почти поверхности тѣла (17,502 кв. стм.), затѣмъ она усѣяна безчисленнымъ множествомъ устьицъ (stomata), ведущихъ къ лимфатическимъ путямъ; наконецъ, она поставлена подъ вліяніе весьма дѣятельныхъ нагнетательныхъ силъ движеній діафрагмы, брюшного пресса и перистальтики кишекъ—все это вмѣстѣ *дѣлаетъ брюшину органомъ съ необыкновенно громадной всасывающей энергіей*. Поэтому то *она безъ вреда переноситъ различныя вещества, въ томъ числѣ и бактеріи, разъ только ея функціональныя способности не нарушены*.

[1]) Савиновъ. О значеніи микроорганизмовъ въ этіологіи перитонита.—Дисс. Москва 1894.

[2]) Wallgren. Experim. Untersuch. über peritoneale Infection mit Streptococcus. Ziegler's Beiträge zur pathol. Anatomie. Bd. 25. 1899.

[3]) Burginsky. Ueber die pathogene Wirkung der Staph.—Baumg. Jahresb. Bd. I. H. I.

Нарушеніе же функціи брюшины начинается съ повреждения *физическими или химическими агентами* ея эндотеліальнаго покрова. Поврежденіе это можетъ выразиться или въ разрушеніи, или въ болѣе или менѣе глубокихъ измѣненіяхъ клѣтокъ—въ *анатомическомъ повреждеіи*, или же во временномъ или окончательномъ нарушеніи физіологическихъ функцій клѣтокъ, такъ сказать, въ ихъ *интоксикаціи*.

Эти повреждения вызываютъ, съ своей стороны, реакцію со стороны окружающихъ, тканей въ видѣ *асептическаго воспаленія (химическаго перитонита)*, проявляющагося въ видѣ гиперэміи, набуханія и разрощенія клѣтокъ, выдѣленія серознаго или серозно-волокнистаго эксудата и т. д.

Всѣ эти явленія, по прекращеніи дѣйствія названныхъ агентовъ, могутъ исчезнуть безъ слѣда или оставить послѣ себя склейки. Если же при такихъ условіяхъ попадаютъ сюда бактеріи, то онѣ находятъ здѣсь весьма благопріятную почву для своего поселенія и размноженія.

Еще болѣе понижается всасывающая способность брюшины съ наступленіемъ разстройствъ кровообращенія, паралича кишекъ и задержки дыхательныхъ движеній діафрагмы.

Самыми опасными веществами, предрасполагающими къ бактерійному перитониту, являются твердыя составныя части кала. Будучи пропитаны продуктами обмѣна бактерій и кишечными ферментами, онѣ медленно передаютъ ихъ окружающей брюшинѣ и тѣмъ вѣрнѣе достигаютъ ея воспаленія. Стало быть, наблюдаются тѣ-же явленія, что при вживленіи въ ранѣ инородныхъ тѣлъ вмѣстѣ съ бактеріями—Inplantations-Infection Kocher'a—заженіе, считающееся инаболѣе опаснымъ.

Какіе же виды бактерій встрѣчаются при перитифлитахъ и перитонитахъ и какими особенностями отличается каждый изъ нихъ?

При перитифлитахъ, какъ вообще при перитонитахъ кишечнаго происхожденія (прободныхъ перитонитахъ), мы имѣемъ дѣло въ большинствѣ случаевъ со смѣшанной или, вѣрнѣе, съ *множественной инфекціей* (Polyinfectio).

Среди множества другихъ бактерій, обнаруживаемыхъ при перитифлитахъ, преимущественную роль играетъ *bacterium* (*bacillus*) *coli commune*. Впервые указалъ на эту бацилу, какъ на причину

прободного перитонита Laruelle [1]). Съ тѣхъ поръ, производя культуры изъ гноя или содержимаго червеобразнаго отростка, находили среди другихъ бактерій или исключительно или по преимуществу bacterium coli comm.—Благодаря этимъ данными, многіе авторы (Clado [2]), Hadenpyl [3]), Ekehorn [4]) и др.), подобно Laruelle'ю, видѣли въ bact. coli comm. единственнаго возбудителя прободного перитонита, но эта исключительная роль дальнѣйшими изслѣдованіями другихъ авторовъ была во многомъ ограничена, а нѣкоторыми совершенно отвергнута.

Дѣйствительно, при бактеріологическомъ изслѣдованіи перитифлитическаго гноя или содержимаго воспаленнаго червеобразнаго отростка бросается въ глаза несоотвѣтствіе того богатства видовъ микроорганизмовъ, которое мы обнаруживаемъ при микроскопическомъ изслѣдованіи *мазковъ* съ тою бѣдностію ихъ при культивированіи на *питательныхъ средахъ*, когда нерѣдко получаются исключительно однѣ культуры bact. coli commune. На эту трудность получить въ культурахъ всѣ виды бактерій, которые опредѣляются при микроскопическомъ изслѣдованіи, обратилъ вниманіе уже Eug. Fraenkel въ 1890 г.

Предполагая, что главный возбудитель гнойнаго перитонита есть стрептококкъ, и не получая его въ культурахъ, тогда какъ онъ опредѣлялся на мазкахъ, Eug. Fraenkel [5]) объяснялъ эту особенность слѣдующимъ образомъ: «Если процессъ протекаетъ быстро, то имѣется опредѣленный возбудитель воспаленія, именно, стрептококкъ, который и ведетъ къ смерти. Въ такихъ случаяхъ изъ экссудата получается чистая культура стрептококка (какъ это и было въ 2 случаяхъ автора). При болѣе же продолжительномъ теченіи болѣзни происходитъ иммиграція изъ кишечника другихъ бактерій, которыя, благодаря своимъ продуктамъ обмѣна, становятся опасными для стрептококка и могутъ его довести или до полнаго исчезновенія, что бываетъ рѣдко, или же настолько понизить его способность къ дальнѣйшему развитію, что для обнаруживанія его внѣ тѣла, въ культурахъ, требуются весьма благопріятно составленныя для того питательныя среды».

[1]) Laruelle. Étude bactériologique sur les péritonites par perforation.—La Cellule. T. V. 1889. Fasc. 1.
[2]) l. c.
[3]) Hadenpyl. On the aethiology of appendicitis.—New-Jork Med. Journal. 1893.
[4]) Ekehorn. Bact. coli comm. en orsak till appendicit.—Upsala Läkere. Förh. 1892—3. XVIII p. 113—150. Centr. f. Med. 1893.
[5]) Eug. Fraenkel. Zur Aetiologie der Peritonitis. Münch. medic. Wochenschr № 2. 1890.

Этимъ Fraenkel объясняетъ, что другіе наблюдатели не могли обнаружить стрептококка въ культурахъ изъ перитонитическаго гноя.

Этотъ взглядъ, что данныя бактеріологическаго изслѣдованія (именно—культуръ) еще не даютъ право видѣть въ томъ или другомъ видѣ микроорганизма, напечаше или исключительно получаемомъ на культурѣ, специфическаго возбудителя прободнаго перитонита и въ частности перитифлита, постепенно нашелъ широкое признаніе. Выяснилось, что, дѣйствительно, могутъ существовать разнообразныя условія, которыя, съ одной стороны, дѣйствуютъ неблагопріятно на дальнѣйшее развитіе однихъ видовъ бактерій, а съ другой стороны—весьма благопріятно на другія бактеріи.

Barbacci [1]) изъ 14 случаевъ прободного перитонита различнаго происхожденія, въ 13 случаяхъ получилъ чистую культуру bacterium coli comm. и только въ 1 случаѣ, кромѣ того—*Micrococcus lanceolatus* (Fraenkel), тогда такъ при микроскопическомъ изслѣдованіи экссудата обнаруженъ рядъ различныхъ микробовъ. Это заставило его думать, что при перитифлитахъ и прободныхъ перитонитахъ возбудитель воспаленія не исключительно bact. coli c., а и другія бактеріи, которыя, однако, погибаютъ въ начальныхъ стадіяхъ болѣзни, а bact. c. c. одинъ продолжаетъ расти на культурахъ. Такъ, по его мнѣнію, въ 60% всѣхъ случаяхъ имѣется *micrococcus lanceolatus*, но на культурахъ его ростъ заглушается ростомъ bact. c. c. Такъ, на культурахъ, какъ сказано, имъ изъ 14 случаевъ только въ 1 случаѣ полученъ micrococcus lanceolatus, тогда какъ этотъ коккъ, при впрыскиваніи въ брюшную полость бѣлымъ мышамъ и морскимъ свинкамъ свѣжаго перитоническаго экссудата, обнаруженъ въ 8 случаяхъ изъ 13. Убивая собакъ черезъ 5, $5^1/_2$, 6 и 8 часовъ послѣ прободенія, Barbacci констатировалъ bact. c. c. вмѣстѣ съ другими бактеріями; убивая же черезъ большій промежутокъ времени, онъ находилъ исключительно bacterium coli commune.

Wilson [2]) произвелъ бактеріологическое изслѣдованіе 10 случаевъ перитифлита, оперированныхъ Fowler'омъ, и получилъ въ 9 случаяхъ чистую культуру bact. c. c. и только въ одномъ случаѣ *Bac. pyogenes foetidus*, тогда какъ на мазкахъ гноя и содержимаго червеобразнаго отростка обнаружены и другіе микробы

[1]) Barbacci.—Ueber Aetiologie und Pathogenese der Peritonitis durch Perforation.—Centralbl. für allgem. und pathol. Anat. Oct. 1893.
[2]) Приведено у Fowler'a.

(напр., стрептококкъ, diplococcus lanceolatus). Во всѣхъ случаяхъ bact. c. c. оказался патогеннымъ для животныхъ.

На основаніи этихъ изслѣдованій, Fowler считаетъ: 1) bact. c. c.—постояннымъ обитателемъ воспаленнаго червеобразнаго отростка и экссудата вокругъ него; 2) прободной перитонитъ аппендикулярнаго происхожденія — не простой инфекціей, а *множественной*. въ которой bact. c. c. играетъ, вѣроятно, главную роль.

Весьма обстоятельныя бактеріологическія изслѣдованія перитонитовъ и, по преимуществу, перитифлитовъ произведены Tavel'емъ и Lanz'емъ [1]). Именно, они изслѣдовали 1 случай перитонита послѣ ulcus duodeni, 29 случаевъ ущемленныхъ грыжъ, различныхъ стадій ущемленія, 1 случай перитонита при заворотѣ, 25 случаевъ перитифлита и 16 случаевъ перитонитовъ различнаго происхожденія.

Ими обнаружены слѣдующіе виды бактерій:

1) Во главѣ ихъ названные авторы ставятъ *стрептококкъ*, который микроскопически встрѣчался въ слѣдующихъ видахъ:

a) Какъ *большой диплококкъ*, названный ими *diplococcus intestinalis major*.

b) Какъ *малый диплококкъ*—*diplococcus intestinalis minor*.

c) Какъ *стрептококкъ*, со всѣми признаками гноероднаго стрептококка.

Стрептококкъ, какъ причина перитонитовъ, разсматривается многими авторами. Мнѣніе Eug. Fraenkel'а о специфической роли стрептококка при перитонитѣ мы привели уже выше. Изслѣдованія Bomm'а [2]), Clivio-Monti [3]) и др. также показали, что послѣдовой перитонитъ вызывается исключительно стрептококкомъ.

Tavel и Lanz на 41 случай бактеріальнаго перитонита обнаружили диплококкъ и стрептококкъ въ 28 случаяхъ и притомъ въ большомъ количествѣ.

2) *Coccus conglomeratus*, часто встрѣчающійся во рту и признаваемый Roux, Martin'омъ и Yersin'омъ за причину большей части ангинъ. Tavel и Lanz нашли его только въ 3 случаяхъ, но они полагаютъ, что онъ встрѣчается чаще, но трудно выдѣляется и дифференцируется отъ diplococcus intest. minor и другихъ кокковъ.

3) *Diplococcus lanceolatus* (*pneumococcus*) найденъ въ нѣсколькихъ случаяхъ.

Этотъ диплококкъ былъ находимъ въ перитоническихъ экссудатахъ и другими авторами. Такъ, изслѣдованія Wilson'а приведены выше.

Weichselbaum [4]) обнаружилъ его въ двухъ случаяхъ перитонита при ракѣ и при язвѣ желудка. Эти случаи, однако, были осложнены плевритомъ, такъ что происхожденіе ихъ изъ кишечника не точно установлено, но Weichselbaum считаетъ его за причину первичнаго острого перитонита и указываетъ на его присутствіе въ кишечникѣ и видитъ въ немъ даже причину гастро-энтеритовъ. Постоянно находилъ его въ кишечникѣ также Barbacci [5]), который приводитъ, кромѣ того, два случая первичнаго перитонита, гдѣ бактеріологическое изслѣдованіе гноя дало исключительно только пнеймококкъ.

Boulay и Courtois-Suffit [6]) въ одномъ случаѣ перитонита, осложненнаго менингитомъ, нашли диплококкъ, который, по прививкѣ его мышамъ, обнаружилъ всѣ признаки пнеймококка.

Такіе же случаи перитонита, вызванные пнеймококками, описываютъ Debove [4]), Sevestre [5]), Gaillard [6]), Weir [7]) и др.

4) *Staphylococcus albus, citreus et aureus* найденъ въ немногихъ случаяхъ и, изъ нихъ былъ только одинъ случай перитифлита, гдѣ оказался исключительно staphylococcus citreus безъ участія bact. c. c.

Изъ различныхъ видовъ *бациллъ*, найденныхъ при перитонитахъ, Tavel и Lanz обращаютъ прежде всего вниманіе на *бациллу, весьма сходную съ лучистымъ грибкомъ (Actinomycesähnli-*

[1]) E. Tavel und Otto Lanz. — Ueber die Aetiologie der Peritonitis.—Mittheil. aus klin. und med. Inst. der Schweiz. 1893.

[2]) Bomm.—Zur Aetiologie der septischen Peritonitis.—Münch. med. Wochenschrift. 1889. № 42.

— Ders. ace.—Zur Aetiologie der sept. Peritonitis.—Münch. med. Wochensch. 1890. № 10 и 11.

[3]) Clivio et Monti.—Sull'etiologia della peritonite puerperale. Estratto degli Atti del XII Congresso medica. Реф. въ Baumgarten's J. B. Bd. 4. p. 20.

[4]) Weichselbaum. — Der Diplococcus pneumoniae als Ursache der primären, acuten Peritonitis.—Centralblatt für Bacteriologie. 1889. p. 33.

[5]) Barbacci.—Das Bacterium coli com. und die Perforations-Peritonitis.—Centralblatt für allgem. Path. Bd. III. 1891.

[6]) Boulay et Courtois-Suffit. — Un cas de méningite et de péritonite à pneumocoques sans pneumonie.—Bulletin et mémoires de la Soc. médic. des Hôpitaux. Séance du 16 mai 1890.

[4]) Debove.—Un cas de péritonite et de méningite à pneumocoques sans pneumonie. Semaine médicale. 1890, p. 185.

[5]) Sevestre. — Péritonie à pneumocoques.—Bull. et mém. de la Société méd. des Hôpitaux. 1891.

[6]) Gaillard.–Péritonite à pneumocoques.—Semaine médicale. 1890, p. 426.

[7]) Weir, R. F.- Med. Rec. XLIV. p. 348. 1893.

cher Bacillus). При перитифлитѣ эта бацилла встрѣчалась чаще всего послѣ *bacterium coli commune*, именно, ими она обнаружена въ 12 случ. перитифлита изъ 25 случ.

Эта бацилла —постоянная обитательница толстыхъ кишекъ; въ нѣкоторыхъ случаяхъ она найдена Tavel'емъ и Lanz'емъ въ перитоническомъ гноѣ въ весьма большемъ количествѣ. Однако, имъ не удалось получить эту бациллу въ чистой культурѣ. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ она имѣлась въ большомъ количествѣ, гной отличался особеннымъ противнымъ, сладковатымъ, весьма прилипчивымъ запахомъ, происхожденіе котораго авторы объясняютъ этой бациллой, такъ какъ культуры другихъ бациллъ не развивали этого запаха. Въ одномъ случаѣ эти бациллы скучивались въ большія зернышки (въ булавочную головку величиной), довольно сходныя съ актиномикотическими зернами.

Такъ какъ эта бацилла не получена въ культурахъ, то ея этіологическая роль осталась не выясненной.

2) *Бацилла, сходная съ дифтеритической бациллой* Löffler'a, найдена въ 3 случаяхъ, изъ нихъ въ 1 случаѣ актиномикотическаго перитифлита. Эту бациллу авторы считаютъ идентичною съ Pseudodiphtheriebacillus Löffler'a.

3) *Бацилла, сходная съ палочкой столбняка*, найдена на ряду съ другими бациллами въ 3 случаяхъ, изъ нихъ въ 2 случаяхъ перитифлита. Эта и предыдущая —непатогенная, какъ показали прививки животнымъ.

4) Въ одномъ случаѣ найдена *бацилла*, въ морфологическомъ отношеніи сходная съ *сапной*.

5) *Bacillus pyocyaneus* найденъ въ 2 случаяхъ, въ одномъ изъ нихъ—при перитифлитѣ.

6) *Bacillus foetidus liquefaciens*, отличающійся отъ bacillus pyogenes foetidus тѣмъ, что разжижаетъ желатину. Найденъ въ 1 случаѣ перитонита.

7) *Bacillus coli commune* не найденъ только въ 7 случаяхъ перитифлита (изъ 25). Изъ этихъ 7 случаевъ было 3—4 случая, гдѣ имѣлась простая (немножественная) инфекція, именно: въ 1-мъ случаѣ обнаруженъ только стафилококкъ, во 2-мъ—стрептококкъ и въ 3-мъ—актиномикозъ.

Кромѣ этихъ бациллъ: при перитонитахъ не перитифлитическаго происхожденія авторами найдены 8) 1 разъ *bacillus pyogenes foetidus* и 9) 1 разъ *proteus vulgaris*.

Несмотря на то, что *bacterium coli commune* полученъ въ

культурахъ несравненно чаще другихъ видовъ микробовъ, Tavel и Lanz не признаютъ за нимъ исключительной специфически-этіологической роли при перитонитахъ, не отрицая однако извѣстнаго патогеннаго дѣйствія.

Наша соотечественница, г-жа Mayer [1]) произвела бактеріологическія и гистологическія изслѣдованія 40 случаевъ рецидивирующаго перитифлита.

Тотчасъ послѣ резекціи червеобразный отростокъ помѣщался въ стерилизованную посуду; предварительно изъ его просвѣта или изъ экссудата вокругъ него брались пробы для посѣва.

Болѣе чѣмъ въ половинѣ случаевъ кишечное содержимое, серозные, гнойные и казеозные экссудаты найдены стерильными. Найдены только лейкоциты въ разныхъ стадіяхъ перерожденія, эпителіальныя клѣтки и кристаллы холестерина.

Въ нестерильныхъ случаяхъ микроскопически (но не культурами) обнаружены слѣдующія бактеріи:

1) Bacillus coli communis.

2) Длинныя, очень тонкія бактеріи, напоминающія сибиреязвенныя, длиною въ 21 μ., не окрашивающіяся по Граму.

3) Большіе и малые кишечные диплококки (Diplococcus intestinalis major et minor).

4) Маленькіе одиночные кокки.

5) Короткія бактеріи, напоминающія бациллы Löffler'a, длиною 0,3 μ.

6) Тонкія, длинныя (въ 4—6 μ.) бактеріи съ периферическими утолщеніями и центральными овальными спорами.

7) Въ 1 случаѣ обнаруженъ diplococcus lanceolatus—у дѣвочки, страдавшей бронхопнёмоніей туберкулезнаго характера и имѣвшей, кромѣ того, на брюшинномъ покровѣ червеобразнаго отростка также бугорки.

Бактеріологическое изслѣдованіе *культурами* въ 25 случаяхъ дало отрицательные результаты; 2 случая не были изслѣдованы; въ 2 случаяхъ получены *staphylococcus pyogenes aureus* и въ 9 случаяхъ—*бацилла* Escherich'a—весьма подвижная.

Отсюда видно, что изслѣдованія Mayer имѣютъ ту особенность, общую съ изслѣдованіями другихъ авторовъ, что въ гною при микроскопированіи обнаружено много видовъ микробовъ, а

[1]) Charlotte Mayer. Etude sur la pathogénie de l'appendicite à répétition. Thèse de doctorat (de Lausanne). Genève. 1897.

въ культурахъ, по преимуществу, bacillus coli communis, заглушавшій ростъ другихъ микроорганизмовъ.

Микроскопическое изслѣдованіе *срѣзовъ* червеобразнаго отростка обнаружило присутствіе бактерій въ 23 случаяхъ изъ 40.

Изъ этихъ 23 случаевъ въ 19 обнаружена бацилла, описанная Tavel'емъ и Lanz'емъ подъ именемъ *actinomycesähnliche* и *diphtherieähnliche*. Эту бациллу Mayer, подобно названнымъ авторамъ, въ культурѣ не получила.

Бактеріи локализировались въ серозномъ покровѣ, въ лимфатическихъ щеляхъ всѣхъ слоевъ червеобразнаго отростка, въ слизистой оболочкѣ, даже неизъязвленной, въ рубцевыхъ тканяхъ, образующихъ стриктуры, и въ перитифлитическихъ фиброзныхъ склейкахъ.

Резекція червеобразнаго отростка произведена въ межприпадковомъ періодѣ черезъ 3 недѣли—до 8 мѣсяцевъ послѣ послѣдняго припадка.

Вышеизложенные результаты изслѣдованій приводятъ Mayer къ тому заключенію, что *restitutio ad integrum* получается только кажущееся—въ стриктурахъ, перемычкахъ, склейкахъ («Schwarten» Sonnenburg'a) и т. п. остаются бактеріи, которыя, находясь въ межприпадковомъ періодѣ въ «скрытомъ» состояніи (*«microbisme latent»*), при благопріятныхъ къ тому условіяхъ могутъ перейти въ дѣятельное состояніе. Остатки предшествовавшихъ воспаленій (склейки, перемычки, измѣненіе и ослабленіе жизнеспособности стѣнокъ червеобразнаго отростка—какъ то: жировое пропитываніе, новообразованіе и расширеніе сосудовъ) также являются опасными очагами, будучи болѣе доступными для микроорганизмовъ и болѣе способными къ активному и пассивному воспаленію со всѣми его послѣдствіями.

Mayer, подобно предшествовавшимъ изслѣдователямъ, также считаетъ, что причиной аппендицита par excellence является не bacillus coli communis, а скорѣе бацилла, находимая въ кишечникѣ и подробно описанная Tavel'емъ и Lanz'емъ. По мнѣнію Mayer, этотъ сапрофитъ при извѣстныхъ условіяхъ можетъ превращаться въ патогенный.

Krogius [1]) бактеріологически изслѣдовалъ 40 случаевъ перитифлита съ ограниченнымъ и общимъ перитонитомъ. Изъ микробовъ, найденныхъ имъ, оказались *bact. c. c.* въ 35 случаяхъ, коккъ,

[1]) Krogius, A. Ueber die vom Processus vermiformis ausgehende diffuse eitrige Peritonitis. Jena. 1901.

близкій къ *diplococcus pneumoniae*, въ 21 случаѣ; *diplococcus intestinalis* въ 6 случаяхъ; *streptococcus coli gracilis* въ 1 случаѣ; *streptococcus pyogenes* въ 1 случаѣ; *Bacillus pyocyaneus* въ 2 случаяхъ и *Proteus vulgaris* въ 1 случаѣ.

Въ 27 случаяхъ въ культурахъ выростали 2 или 3 различныхъ вида; въ 7 случаяхъ одна только *кишечная палочка*; въ 3 случаяхъ микроскопически и въ культурахъ была обнаружена *моноинфекція: streptococcus pyogenes, diplococcus pneumoniae* и *diplococcus intestinalis*; въ 2 случаяхъ хроническаго аппендицита не обнаружено бактерій; изслѣдованія на анаэробныя бактеріи были не точны.

Veillon et Zuber [1]), производя бактеріологическія изслѣдованія въ безкислородной средѣ, нашли новыя, впервые описанныя ими бактеріи, весьма патогенныя для животныхъ. Эти анаэробныя бактеріи, по ихъ мнѣнію, вызываютъ тяжелыя формы воспаленія червеобразнаго отростка, съ быстрымъ теченіемъ, съ гангреной и прободеніемъ отростка.

Рудневъ [2]) изслѣдовалъ бактеріологически 80 случаевъ аппендицита, оперированныхъ въ клиникѣ проф. А. А. Боброва. Въ 50% встрѣтился bact. c. c.—одинъ или вмѣстѣ съ другими микроорганизмами; затѣмъ слѣдуетъ staphylocc. pyog. albus, aureus и citreus въ 48%, streptococcus въ 10%, а въ чистой разводкѣ въ 4%. diplococcus Fraenkeli въ 8%, а въ чистой разводкѣ въ 2%. Комбинація bact. c. c. съ staphyl. pyog. albus наблюдалась въ 30%. Анаэробныя бактеріи отмѣчены въ 8%, причемъ всегда въ сочетаніи съ streptocc., staphylocc. или другими микроорганизмами.

Присутствіе одного bact. c. c. констатировано въ случаяхъ съ незначительными патологоанатомическими измѣненіями червеобразнаго отростка.

При смѣшанной же инфекціи, въ особенности при комбинаціи 3 видовъ микробовъ: streptococcus, stapyhlococcus aureus или citreus и bact. c. c., болѣзнь протекала очень бурно, перѣдко съ острымъ септическимъ перитонитомъ.

Весьма рѣдко находилъ въ перитифлитическимъ экссудатѣ bact. c. c. въ чистой культурѣ Low [3]), который изслѣдовалъ бактеріо-

[1]) Veillon et Zuber. Recherches sur quelques microbes strictement anaérobies et leur rôle en Pathologie. Arch. de méd. exp. et d'anat. pathol. 1898.

[2]) Рудневъ, С. М. Къ бактеріологіи аппендицитовъ.—1-й Съѣздъ Общества Русскихъ Хирурговъ въ Москвѣ. Хирургія. 1901.

[3]) Low. Bacteriological report of one hundred cases of acute appendicitis.—Med. and surg. reports of the Boston City Hospital. 1900.

логически 100 случаевъ перитифлита, при томъ не большей продолжительности, чѣмъ 3-хъ недѣльной. Только въ $8^0/_0$ онъ нашелъ bact. c. c. въ чистой культурѣ и въ $2^0/_0$ streptococcus pyogenes, оба же микроба вмѣстѣ—въ $61^0/_0$. Въ случаяхъ 3-хъ дневной давности стрептококкъ обнаруженъ въ $81^0/_0$, а bacterium c. c. въ $62^0/_0$; въ случаяхъ же отъ 2 до 3-хъ недѣльной давности стрептококкъ обнаруженъ въ $55^0/_0$, а bacter. c. c. въ $87^0/_0$. Отсюда Low дѣлаетъ то заключеніе, что bact. c. c. играетъ вторичную роль. То же обстоятельство, что другіе изслѣдователи чаще находили bact. c. c., чѣмъ стрептококкъ, Low объясняетъ тѣмъ, что они употребляли только агаръ и бульонъ, каковыя питательныя среды недостаточны для роста стрептококка; наиболѣе же пригодны для подобныхъ изслѣдованій, по его мнѣнію, кровяная сыворотка съ $0,3^0/_0$ кислотности для Phenol-phthalein'a.

Adrian [1]) въ одномъ случаѣ перитифлита, осложненнаго инфлюэнцей, въ перитифлитическомъ гноѣ нашелъ *Pfeiffer'овскую палочку*.

Нами произведено бактеріологическое изслѣдованіе только шести случаевъ, именно случаевъ №№ 42, 43, 44, 45, 46 и 47 хир.

Общее у всѣхъ нашихъ изслѣдованій то же, что и у вышеприведенныхъ авторовъ: значительное разнообразіе видовъ бактерій констатируемое при микроскопическомъ изслѣдованіи гноя и скудность ихъ въ культурахъ.

Въ гною преимущественно встрѣчались бациллы съ самыми разнообразными морфологическими особенностями: отъ весьма мелкихъ до весьма толстыхъ и длинныхъ, иногда въ видѣ нитей или цѣлыхъ сплетеній, какъ *войлокъ* (случай № 45); часто и въ обильномъ количествѣ опредѣлялись палочки, группирующіяся попарно подъ угломъ—disposition cuneiforme. Окраску по Gram'y большинство палочекъ воспринимало, а болѣе толстыя бациллы даже весьма интенсивно.

Кокки опредѣлены также въ большинствѣ случаевъ и также въ различныхъ видахъ и группировкахъ: встрѣчались одиночные, какъ мелкіе, такъ и довольно крупные, довольно часто попарно—большіе и малые, группами по нѣсколько штукъ и болѣе рѣдко цѣпочками, послѣдніе въ довольно въ большомъ количествѣ въ № 47.

Культурами изолированы:

[1]) l. c.

Въ № 42 a) bacillus coli communis и b) *proteus vulgaris*.

Въ № 43 — bacillus coli communis.

Въ № 44 a) bacillus coli communis, b) streptococcus pyogenes и c) палочка, весьма сходная съ *proteus vulgaris*.

Въ № 45 a) bacillus coli communis, b) коккъ, весьма сходный съ staphylococcus pyogenes albus, но не вполнѣ разжижающій желатину, c) коккъ, совершенно не разжижающій желатины, d) *cladolbrix*.

Въ № 46 — bacillus coli communis.

Въ № 47 — bacillus coli communis.

Итакъ, bacillus coli communis въ культурахъ обнаруженъ во всѣхъ случаяхъ; онъ выростаетъ на пластинкахъ въ такомъ изобиліи, что изолированныя колоніи удавалось получать только на пластинкахъ втораго и третьяго разбавленія. На пластинкахъ съ агаръ-агаромъ онъ появлялся уже спустя 12 часовъ послѣ посѣва.

Прививки бѣлымъ мышамъ подъ кожу суточныхъ бульонныхъ культуръ bacillus coli communis обнаруживали большую его вирулентность: мыши погибали черезъ 24 часа, и прививки изъ паренхиматозныхъ органовъ—печени и селезенки—на питательныя среды давали чистыя культуры bac. coli comm.

Установить какую либо связь между теченіемъ и исходомъ болѣзни съ одной стороны и присутствіемъ тѣхъ или другъ микроорганизмовъ съ другой стороны, намъ не удалось, какъ по малочисленности случаевъ, подвергнутыхъ бактеріологическому изслѣдованію, такъ, главнымъ образомъ, по невозможности получить въ культурахъ всѣ виды бактерій, находящіеся въ гною.

Намъ думается, что пока не будутъ изысканы способы, при помощи которыхъ возможно было бы изолировать въ культурахъ всѣ виды бактерій перитифлитическаго экссудата и затѣмъ изучать ихъ біологическія свойства и испытывать ихъ вирулентность на животныхъ, до тѣхъ поръ бактеріологическая глава въ ученіи о перитифлитахъ останется полной пробѣловъ.

Bacillus coli communis, мало того, что, разростаясь весьма пышно на нашихъ питательныхъ средахъ, заглушаетъ ростъ другихъ бактерій и тѣмъ дѣлаетъ ихъ недоступными нашему изслѣдованію, самъ по себѣ представляетъ большія трудности для его изученія. Его морфологическія и біологическія свойства настолько не точно установлены, что дифференцированіе его отъ другихъ бациллъ, живущихъ въ кишечникѣ, относится къ весьма труднымъ. Не смотря на многочисленныя, посвященныя изученію этой палочки,

работы Escherich'a [1]), Блахштейна [2]), Butscheli [3]), Chantemesse et Widal'a [4]), Dubier [5]), Dunbar'a [6]), Van Ermengem'a et van Laer'a [7]), Ferrati [8]), Lukscha [9]), Malvoz [10]), Péré [11]), Rudet и G. Roux [12]), Smith'a [13]), Vallet [14]), Wurz'a [15]), Zettnow'a [16]), Larnelle'a [17]), Macaigne [18]) и мн. др., распознавательные признаки ея настолько неопредѣленны, что напр. Tavel и Lanz, изъ которыхъ первый самъ работалъ спеціально по вопросу о дифференцированіи bact. c. c. и тифозной палочки [19]), сочли нужнымъ получить отъ Escherich'a образчикъ

[1]) Escherich. Die Darmbacterien des Säuglings und ihre Beziehung zur Physiologie der Verdauung. Stuttgart. 1886.—Ueber Darmbacterien im Allgemeinen und diejenigen der Säuglinge im Besonderen, sowie die Beziehungen der letzteren zur Aetiologie der Darmerkrankungen. Centralbl. f. Bacter. 1887. Bd. X.

[2]) Блахштейнъ. Архивъ Біологическихъ Наукъ. С.-Петерб. Инст. Экспер. Медицины. Т. I.

— Centralbl. f. Bact. Bd. XII.

[3]) Bütscheli. Ueber den Bau der Bacterien und verwandter Microorganismen. Centralbl. für Bacteriol. VII.

[4]) Chantemesse et Widal. Différentiation du bac. typhique et du bacter. coli commune. Soc. de biologie 1891.

— Подъ тѣмъ же заглавіемъ. Bullet. méd. 1891.

— Semaine méd. 1891.

Chantemesse, Widal et Legry. Société méd. des hôpitaux 11 Déc. 1891.

[5]) Dubier. Bacille typhique et bacter. coli com., biologie comparée. Soc. de biolog. 1891.

[6]) Dunbar. Untersuchungen über den Typhusbacill. und den Bacillus coli com. Zeitschrift f. Hyg. XII. № 4.

[7]) Van Ermengem et van Laer. Contribution a l'étude des propriétés biochimiques du bacille d'Eberth et du bacterium coli commune. Travaux du laboratoire d'hygiène et de bactér. de l'université de Gand. T. 3.

[8]) Ferrti. Zur Unterscheidung des Typhusbacit. von Bact. c. c. Arch. für Hygiene. XVI. 1.

[9]) Lukscha. Zur Differentialdiagnose des Bac. typhi abdom. und des Bact. c. c. Centralbl. für Bacter. XII. 13.

[10]) E. Malvoz. Le bacterium coli commune comme agent habituel des péritonites d'origine intestinale.—Arch. de méd. expérim. 1891.

[11]) Péré. Contribution a la biologie du bact. coli commune et du bacillus typhique. Annales de l'Institut Pasteur. 28 juil. 1892.

[12]) Rudet et G. Roux. Soc. de biolog. 1890.

— Arch. de méd. expérim. 1892 № 4.

[13]) Theoph. Smith. Zur Unterscheidung zwischen Typhus-und Colonbacillen. Centralbl. für Bacter. XI. № 12.

[14]) Vallet. Le bacillus coli commune dans ses rapports avec le bacillus d'Eberth et l'étiologie de la fièvre typhoide. Paris. 1892.

[15]) Wurz. Note sur deux caractères différent. entre le bacille d'Eberth et le bact. c. com.—Arch.de méd. expérim. 1892.

— Le bacterium coli commune. Ibid. 1893. № 1.

[16]) E. Zettnow. Ueber den Bau der Bacterien. Centralbl. für Bact. X. № 21.

[17]) l. c.

[18]) Macaigne. Le bacter. coli commune et son rôle dans la pathol. 1892.

[19]) E. Tavel. Caracteres differentiels du bact. coli com. et du bacille typhique. Semaine médic. 1890. № 8.

— Die Aetiologie der Strumitis. Basel. 1892.

культуры bacillus coli communis, съ которымъ они могли бы дѣлать непосредственныя сравненія. M. H. de Stoecklin. [1]) изучавшій въ лабораторіи проф. Tavel'я морфологическія свойства bacillus coli communis, пришелъ къ тому выводу, что bacillus coli communis есть собирательное имя, относящееся къ *цѣлой группѣ кишечныхъ палочекъ*. Характерные признаки для этой группы—неспособность разжижать желатину и окрашиваться по Gram'y. Эта большая группа дѣлится на двѣ подгруппы—подвижныхъ и неподвижныхъ палочекъ, «валяя ихъ подвижность» («triage Eigenbewegung»), какъ ее приписываетъ Escherich кишечной палочкѣ, есть на самомъ дѣлѣ выраженное молекулярное движеніе. Въ окраскѣ рѣсничекъ по Loefflery Stoecklin видитъ точное дифференціально-діагностическое средство для отличія подвижныхъ кишечныхъ палочекъ отъ брюшнотифозныхъ.

Разнообразіе видовъ кишечной палочки дѣлаетъ опредѣленіе ея очень труднымъ и употребляемые до сихъ поръ методы не всегда приводятъ къ вѣрному діагнозу, что доказали д-ръ Capaldi и проф. B. Proskauer [2]) при помощи особеннымъ образомъ составленныхъ ими питательныхъ средъ. Имъ были приготовлены бактеріи, опредѣленныя по общеупотребительнымъ методамъ, какъ кишечныя, но оказалось, что только нѣкоторыя распознаны вѣрно, остальныя же не относились къ группѣ кишечной палочки. Thoinot и Brouardel [3]) прибавленіемъ къ питательнымъ средамъ мышьяковистой кислоты къ различнымъ концентраціяхъ также доказали существованіе многихъ разновидностей кишечной палочки.

Резюмируя вышеприведенныя работы, мы видимъ слѣдующіе виды бактерій, найденные до сихъ поръ при перитифлитахъ и перитонитахъ: 1) *Diplococcus intestinalis major*. 2) *Diplococcus intestinalis minor*. 3) *Streptococcus pyogenes*. 4) *Staphylococcus pyogenes albus, citreus и aureus*. 5) *Pneumococcus*. 6) *Coccus conglomeratus*. 6) Бацилла, сходная съ дифтеритической. 7) Бацилла, сходная съ актиномикотической. 8) Бацилла, сходная съ сапной. 9) *Bacillus pyocyaneus*. 10) *Bacillus foetidus liquefaciens*. 11) *Bacillus coli communis*. 12) Bacillus Pfeifferi; кромѣ того, 13) анаэробныя бактеріи, найденныя Veillonet Zuber'омъ,

[1]) M. Henry de Stoecklin. Recherches sur la mobilité et les cils de quelques représentants du groupe des coli-bacilles. Mittheil. aus klin. und med. Institt. der Sweiz. 1894.

[2]) Capaldi A. u. Proskauer. Beiträge zur Kenntniss der Säurebildung bei Typhusbacillen und Bacterium coli.—Zeitschr. f. Hygiene. XXIII.

[3]) Theinot et Brouardel. Bull. et mém. des hôpitaux de Paris. № 10. 1893.

и обнаруженныя *нами*: 14) *Cladothrix dichotoma* и 15) *Proteus vulgaris* (найденная также Krogius'омъ и раньше Tavel'емъ и Lanz'емъ).

Такое разнообразіе видовъ бактерій, находимыхъ въ перитифлитическомъ экссудатѣ, представляется не столь значительнымъ по сравненію съ бактеріямой флорой кишечника, откуда происходятъ перечисленныя бактеріи. Бѣлозерскій [1]) приводитъ перечень бактерій, найденныхъ различными авторами въ желудочно-кишечномъ трактѣ, перечень очень длинный, именно—равный 59 видамъ. Дальнѣйшія бактеріологическія изслѣдованія, безъ сомнѣнія, значительно увеличатъ число встрѣчающихся при перитифлитахъ бактерій.

Возникаетъ вопросъ, какъ должно разсматривать перитифлиты, какъ и вообще перитониты кишечнаго происхожденія: за *простую* или *множественную инфекцію*?

Почти всѣ изслѣдованія говорятъ, какъ мы видѣли, что въ большинствѣ случаевъ имѣется послѣдняя. Такъ, напр. по вышеприведеннымъ изслѣдованіямъ Tavel'я и Lanz'а изъ 23 случаевъ ограниченнаго перитонита въ 18 случаяхъ оказалось отъ 2 до 9 видовъ бактерій и только въ 5 случаяхъ одинъ видъ (именно, въ 1 случаѣ перитифлита найденъ только bacillus coli communis, въ 1 случаѣ перитифлита стрептококкъ, въ 1 случаѣ—staphylococcus pyogenes citreus, въ 1 случаѣ—актиномикозъ и въ 1 случаѣ послѣ excisio recti—streptococcus intestinalis). Изъ 15 же случаевъ общаго перитонита въ 11 случаяхъ найдено отъ двухъ и болѣе видовъ бактерій и только въ 4 случаяхъ одинъ видъ. Эти послѣдніе случаи авторы считаютъ между прочимъ за химическіе перитониты.

Играетъ ли тотъ или другой видъ бактерій специфически-этіологическую роль при перитифлитахъ (resp. перитонитахъ)? Мы только что приводили примѣры перитифлитовъ съ простой инфекціей, но съ различными возбудителями воспаленія въ каждомъ случаѣ (staphylococcus, streptococcus, bacillus coli comm.), что говоритъ *противъ* какой либо исключительной роли той или другой бактеріи. За послѣднее время, однако, опять стали выдвигать bacillus coli communis, какъ одинъ изъ главныхъ факторовъ воспаленія червеобразнаго отростка. Такъ, Deaver [2]), найдя въ большинствѣ случаевъ bacillus coli comm., произвелъ съ нимъ пробу на подобіе пробы Widal'я и тифъ и получилъ въ септическихъ случаяхъ перитифлита остановку движеній и скучиваніе bacillus c. c., въ чемъ Deaver видитъ его специфическую роль при перитифлитахъ.

Не входя въ оцѣнку значенія этой пробы при перитифлитахъ, мы думаемъ, что положительные результаты получены Deaver'омъ въ тѣхъ рѣдкихъ случаяхъ, когда имѣлась простая инфекція съ bacillus c. c., или же когда bacillus c. c. имѣлъ большую долю участія во множественной инфекціи и оказалъ тѣмъ свое вліяніе на пробу.

Интересны въ этомъ отношеніи опыты Charrin'а [1]), Gonget'а [2]), Josué [3]). Первый изъ нихъ, въ своихъ опытахъ надъ искусственно вызываемыми аппендицитами, выдѣлилъ весьма вирулентный микробъ — streptobacillus, а Gonget и Josué вырыснули культуры этого streptobacillus въ кровь кроликовъ и нашли воспалительныя измѣненія въ слизистой червеобразнаго отростка, а также и въ селезенкѣ, тогда какъ слизистая остального кишечника оставалась безъ измѣненій.

Просматривая перечень бактерій, найденныхъ при перитонитахъ и перитифлитахъ, мы встрѣчаемъ между ними и относящихся къ разряду непатогенныхъ. Выше же мы говорили, что, благодаря тѣмъ или другимъ условіямъ, слабая вирулентность бактерій можетъ значительно усилиться, такъ что изъ невиннаго для организма при обыкновенныхъ условіяхъ микробъ можетъ сдѣлаться при другихъ условіяхъ вреднымъ. Въ червеобразномъ же отросткѣ, какъ мы видѣли выше, подобныя условія создаются легко.

---

[1]) Т. В. Бѣлозерскій. Матеріалы для описательной бактеріологіи острыхъ эпидемическихъ желудочно-кишечныхъ катарровъ. Диссертація. С.-Петерб. 1896.

[2]) Joh. B. Deaver. Remarks upon the differential diagnosis, the pathology and the treatment of appendicitis. — Annals of surgery. March. 1898

[1]) Charrin. Appendicite expérimentale epidémique. La zem. méd. 1897.

[2]) Gonget. Appendicite folliculaire par pyogénie expérimentale. Soc. de bio Séance du 3 av. 1897.

[3]) Josué. Appendicite expérimentale par injection sanguine. Soc. de biol. Séance du 13 mars. 1897.

ЧАСТЬ II.

Глава I.

Клиническое дѣленіе перитифлитовъ.

Заболѣванія червеобразнаго отростка, представляющія разнообразную картину патолого-анатомическихъ измѣненій, проявляются и *клинически весьма различно*, смотря по отношенію къ нимъ брюшины, степени вирулентности микробовъ, топографіо-анатомическому положенію отростка и т. п.

Разнообразіе клиническихъ формъ заставляетъ для лучшаго ориентированія среди нихъ группировать ихъ въ отдѣльные типы, но многочисленность участвующихъ здѣсь факторовъ, разнообразіе комбинацій, въ какихъ дѣйствуютъ послѣдніе въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ, дѣлаютъ всѣ группировки мало удовлетворительными: или приходится создавать весьма многочисленныя группы, или же при немногихъ группахъ дѣлать многочисленныя исключенія.

На первый взглядъ кажется самымъ раціональнымъ положить въ основу клиническаго дѣленія перитифлитовъ патолого-анатомическія измѣненія червеобразнаго отростка. Однако ближайшее знакомство съ клиническими формами и патолого-анатомическими измѣненіями отростка обнаруживаетъ, что не всегда тѣ и другія оказываются совпадающими. Степень участія брюшины, кладущая главный отпечатокъ на клиническую картину перитифлита, не всегда стоитъ въ зависимости отъ степени патолого-анатомическихъ измѣненій стѣнокъ червеобразнаго отростка. Въ главѣ о патологической анатоміи мы изложили, что для зараженія брюшной полости не всегда требуется нарушеніе анатомической цѣлости стѣнокъ отростка, и долгое участія брюшины въ воспалительномъ процессѣ можетъ быть обратно пропорціональна деструктивному процессу, совершающемуся въ червеобразномъ отросткѣ.

Подраздѣленіе перитифлитовъ на основаніи патолого-анатомическихъ измѣненій червеобразнаго отростка находитъ весьма многихъ приверженцевъ, и изъ нихъ самымъ горячимъ и послѣдовательнымъ является Sonnenburg.

Посмотримъ же на его собственномъ матеріалѣ, насколько удачно такое подраздѣленіе. Въ основу его Sonnenburg кладетъ три кардинальныхъ патолого-анатомическихъ измѣненія червеобразнаго отростка: *катарральное, перфоративное* и *гангренозное*:

I. *Appendicitis simplex* (*catarrhalis*).

II. *Appendicitis perforativa.*

III. *Appendicitis gangraenosa.*

Въ 1-ю группу онъ относитъ всѣ тѣ формы воспаленія червеобразнаго отростка, при которыхъ происходятъ болѣе или менѣе значительныя измѣненія самаго червеобразнаго отростка, но при которыхъ, однако, не происходитъ прободенія стѣнки съ излияніемъ содержимаго отростка въ брюшную полость и съ послѣдовательнымъ гнойнымъ перитонитомъ.

Остальныя 2 группы рѣзко отличаются отъ первой развитіемъ ограниченнаго или общаго перитонита вслѣдствіе глубокихъ измѣненій стѣнки червеобразнаго отростка.

Въ началѣ главы о клинической части *appendicitis simplicis* Sonnenburg выражается буквально такъ:

«Если я раньше утверждалъ (I. Auflage, 1894), что Appendicitis simplex въ общемъ можно только подозрѣвать, но не діагносцировать, такъ какъ страданія больныхъ въ общемъ неопредѣленны, то дальнѣйшій опытъ научилъ меня, что Appendicitis simplex въ громадномъ большинствѣ случаевъ можно діагносцировать абсолютно вѣрно по роду клиническихъ симптомовъ».

Въ одной изъ послѣднихъ своихъ работъ [1]) онъ опять настаиваетъ на возможности *анатомическаго діагноза* по клиническимъ даннымъ.

Какъ же онъ распредѣлилъ свой матеріалъ?

Всего имъ оперировано 208 случаевъ [2]), которые онъ распредѣлилъ: на 51 случай *appendicitis simpl.*, 131 случай *appendicitis perforativa* и 26 случаевъ *appendicitis gangraenosa.*

Въ группѣ *appendicitis simpl.* изъ 51 случая въ 33 случаяхъ мы видимъ типичныя формы рецидивирующаго перитифлита даже съ операціей въ межприпадковомъ періодѣ.

Въ 7 случаяхъ имѣются «осложненія» въ видѣ перитифлитическаго абсцесса вокругъ червеобразнаго отростка и слѣпой кишки.

Изучая исторіи болѣзней этихъ 7 случаевъ, мы не могли найти

[1]) Sonnenburg, Neuere Erfahrungen über Appendicitis. Mitheil aus. den Grenzgebieten der Med. u. Chir. III Bd. I H. 1898.

[2]) По послѣднему изданію уже 560 случаевъ.

никакихъ данныхъ въ клиническихъ симптомахъ, которыя дали бы намъ право только по нимъ, а *не непосредственнымъ изслѣдованіемъ* червеобразнаго отростка *на операціи*, выдѣлить эти случаи изъ группы перфоративныхъ перитифлитовъ и отнести въ группу «простыхъ перитифлитовъ безъ прободенія». Внезапное начало, теченіе и т. д. одни и тѣ же.—Только слишкомъ большая *опытность* въ связи съ изощреннымъ субъективизмомъ могутъ дать замѣтить столь тонкую разницу въ тѣхъ и другихъ признакахъ!

Остаются 11 случаевъ, которые, надо было бы ожидать, болѣе подходятъ къ характеру разбираемой группы. Но и эти случаи при критическомъ разборѣ должны быть вычеркнуты отсюда.

Такъ, въ случаѣ № 5 мы видимъ весьма обширныя сращенія серознаго покрова слѣпой кишки съ окружающей пристѣночной брюшиной и червеобразный отростокъ, почти совершенно лишенный сращеній, съ незначительными измѣненіями слизистой и вообще стѣнокъ его. Не было ли бы логичнѣе поставить клиническія явленія въ данномъ случаѣ въ связи съ перипекальными измѣненіями, а не съ несуществующими патолого-анатомическими измѣненіями здороваго червеобразнаго отростка?

Случай № 7 представляетъ собою рецидивирующую форму перитифлита и операція произведена даже въ межприпадковомъ періодѣ (не понятно, почему этотъ случай не причисленъ къ тѣмъ 33 случаямъ).

Весьма интересными являются случаи № 14 и 15. По анамнезу, клиническому теченію (рвота, лихорадка до 39°, ускоренный пульсъ 120 въ случаѣ № 14) и объективнымъ даннымъ физическаго изслѣдованія (болѣзненность, ясно ощупываемая опухоль въ подвздошно-слѣпой области) слѣдуетъ заключить объ имѣющемся перитифлитическомъ экссудатѣ, который и найденъ на операціи; мало того, брюшныя стѣнки въ области его найдены сильно отечными, что заставляетъ думать о далеко зашедшемъ воспалительномъ процессѣ внѣ предѣловъ червеобразнаго отростка, но, не смотря на все это, Sonnenburg относитъ эти случаи къ *простому аппендициту* даже «безъ осложненій», только потому, что стѣнки червеобразнаго отростка оказались не нарушены, и *въ экссудатѣ не найдены микробы*!

Что заставитъ въ такихъ, можно сказать, классическихъ случаяхъ перитифлитическаго абсцесса признать центръ тяжести въ незначительныхъ измѣненіяхъ слизистой червеобразнаго отростка и игнорировать несравненно болѣе значительныя измѣненія брюшной

полости? Стерильность экссудата, установленная, между прочимъ, post festum? Но стерильность могла быть вызвана наступившею уже смертью микробовъ, начавшимся уже обратнымъ теченіемъ процесса, или же нѣрность бактеріологическаго изслѣдованія должна быть подвержена сомнѣнію.

Въ другихъ случаяхъ этой группы мы имѣемъ даже нарушеніе анатомической цѣлости червеобразнаго отростка съ гнойнымъ содержимымъ внутри (эмпіемы червеобразнаго отростка). Такъ, въ случаѣ № 41 мы видимъ настоящее прободеніе червеобразнаго отростка, но прободное отверстіе закрыто приклеившимся здѣсь сальникомъ. Въ случаяхъ № 42 и 43—разрывъ стѣнокъ («geplatztes Empyeme») съ выступленіемъ гнойнаго содержимаго. Наконецъ, 44-й случай съ эмпіемой же червеобразнаго отростка есть рецидивирующая форма перитифлита, оперированная въ межприпадковомъ періодѣ.

Такимъ образомъ, мы видимъ, что отъ всей этой большой группы въ 51 случ. остается только 2 случая (да и то спорные: случай № 12 - истеричка, № 24—большое количество прозрачнаго-желтоватаго экссудата), остальные же внесены совершенно произвольно и неправильно.

Можно было бы согласиться, что въ эту рубрику простыхъ аппендицитовъ (Appendicitis simplex), по крайней мѣрѣ, входитъ большая группа клинической рецидивирующей формы перитифлита, но и это неправильно. Рецидивирующая форма обнимаетъ болѣе широкія патологоанатомическія измѣненія червеобразнаго отростка, чѣмъ простой катарръ его стѣнокъ, какъ это мы увидимъ ниже.

То же самое относится къ перфоративной и гангренозной формѣ аппендицита: провести между ними разницу на основаніи однихъ клиническихъ данныхъ въ каждомъ конкретномъ случаѣ весьма трудно, или совсѣмъ невозможно. По крайней мѣрѣ, изъ излагаемыхъ Sonnenburg'омъ исторій болѣзни усмотрѣть эту разницу нельзя.

Болѣе удачна классификація, предложенная Talamon'омъ:

I. Appendicite pariétale simple avec colique appendiculaire.
   1) Colique appendiculaire.
   2) Type ordinaire moyen.
   3) Appendicite avec péritonisme, ou pseudo-péritonite.

II. Appendicite suraiguë perforante.

III. Appendicite aiguë avec péritonite localisée.
   1) Appendicite aiguë avec péritonite partielle fibrineuse.

2) Appendicite aiguë avec péritonite purulente circonscrite.

IV. Appendicite subaiguë съ тремя разновидностями.

V. Appendicite chronique à rechutes.

Въ этой классификаціи, безспорно, отводится видное мѣсто клиническимъ явленіямъ, но слишкомъ дробное дѣленіе, нѣсколько одностороннее пониманіе патогенеза (прободеніе, каловые камни), кладущее замѣтный отпечатокъ на группировку, дѣлаютъ послѣднюю нѣсколько искусственной и мало практичной. У самаго Talamon'а при характеристикѣ отдѣльныхъ группъ нерѣдко встрѣчаются мало ободряющія опредѣленія, какъ «obscur», «insidieux», «mal défini», «peu marqué ou latent» etc.

Позднѣе Talamon [1]) предложилъ болѣе простую классификацію:

1) Острый аппендицитъ, съ самаго начала осложненный разлитымъ перитонитомъ (въ 8—10%).

2) Острый аппендицитъ съ мѣстнымъ гнойнымъ перитонитомъ (12—20%).

3) Острый аппендицитъ, съ мѣстнымъ фибринознымъ перитонитомъ, или пластическій аппендицитъ (35—40%).

4) Простые аппендициты (воспаленіе стѣнокъ червеобразнаго отростка 15—20%).

5) Хроническій возвратный аппендицитъ (20%).

Дѣленіе перитифлитовъ по Roux на:

1) *La péritonite d'emblée generalisée,*

2) *La pérityphlite non suppurée,*

3) *La pérityphlite suppurée,*

проведено, какъ послѣднее дѣленіе Talamon'а, въ интересахъ показаній къ хирургическому вмѣшательству и поэтому нѣсколько односторонне, хотя, надо признаться, довольно цѣлесообразно и просто.

Клиническое дѣленіе аппендицитовъ, предложенное Образцовымъ [2]) весьма близко подходитъ къ классификаціи Sonnenburg'а и также мало удовлетворительно, ибо въ основу его еще въ большей степени положены патологическія измѣненія червеобразнаго отростка.

---

[1]) Talamon. Statistique de 80 cas d'appendicite. Soc. médic. des hôp. Avril 1897 г.

[2]) Образцовъ В. П. Клиническія формы воспаленія червеобразнаго отростка. - Врачъ № 20. 1895.

Дѣленіе его слѣдующее:

1) *Колика червеобразнаго отростка (colica appendicularis).* — Продолжительность отъ нѣсколькихъ часовъ до 1—2 сутокъ.

2) *Катарральное воспаленіе червеобразнаго отростка (appendicitis catarrhalis).* — Продолжительность отъ 4 до 6 сутокъ.

3) *Простое воспаленіе червеобразнаго отростка или простое воспаленіе возлѣ него (appendicitis simpl. s. periappendicitis simplex).*

Катарральное воспаленіе червеобразнаго отростка съ слипчивымъ перитонитомъ вокругъ него. — Продолжительность отъ 2 до 6—8 недѣль.

При этой формѣ Образцовъ различаетъ 3 вида распространенія воспалительнаго процесса:

a) Процессъ локализуется въ области червеобразнаго отростка — *подвздошное воспаленіе червеобразнаго отростка* — appendicitis iliaca.

b) Процессъ распространяется вверхъ по слѣпой и восходящей толстой кишкѣ — *перитифлитъ*, и

c) Процессъ распространяется внизъ въ малый тазъ и оттуда вверхъ по S. romanum — *перисигмоидитъ*.

4) *Прободное воспаленіе червеобразнаго отростка* (appendicitis perforativa), вызывающее гнойное воспаленіе брюшины, окружающей отростокъ.

Здѣсь Образцовъ также признаетъ переходъ воспаленія на слѣпую кишку (гнойный перитифлитъ) и на S. romanum (гнойный перисигмоидитъ), а также и на общую брюшную полость (диффузный перитонитъ).

5) *Ихорозное воспаленіе червеобразнаго отростка (Appendicitis ichorosa).* — Здѣсь съ самаго начала въ большинствѣ случаевъ развивается общій перитонитъ.

Кромѣ того, Образцовъ [1]) признаетъ еще *typhlitis catarrhalis acuta et chronica стеркоральнаго и гриппознаго* происхожденія; первый вызывается кишечной палочкой, а второй — Pfeiffer'овской палочкой.

Намъ кажется болѣе раціональнымъ въ клиническомъ отношеніи классифицировать всѣ виды перитифлитовъ, такъ сказать, *территоріально*, именно, смотря по тому, разыгрывается ли воспа-

---

[1]) Образцовъ В. П. Typhlitis catarrhalis acuta. — Южно-Русская Медицинская газета, № 9, 1896.

НБ ХНМУ

лительный процессъ: 1) *только въ одномъ червеобразномъ отросткѣ, или* 2) *въ немъ и въ смежной части брюшной полости, или же* 3) *въ процессъ вовлекается вся брюшная полость, или, по крайней мѣрѣ, большая ея часть.*

Такое дѣленіе тѣмъ цѣлесообразнѣе, что участіе брюшины въ той или другой степени кладетъ главный отпечатокъ на теченіе болѣзни, тяжесть и исходъ ея, такъ что изъ территоріальной градаціи тотчасъ же видна градація тяжести процесса. Правда, помимо брюшины, имѣютъ значеніе также и другіе факторы: какъ вирулентность микроорганизмовъ, степень индивидуальнаго предрасположенія или сопротивленія ихъ воздѣйствію, внѣшнія условія и т. п., но эти факторы все же проявляютъ свое вліяніе черезъ посредство *брюшины*.

Согласно нашему дѣленію, всѣ формы заболѣваній червеобразнаго отростка, разбиваются на слѣдующія *три большихъ группы*:

1-я *группа обнимаетъ всѣ тѣ случаи перитифлита, гдѣ воспалительный процессъ ограничивается только однимъ червеобразнымъ отросткомъ, патолого-анатомическія измѣненія котораго, стало быть, незначительны и не переходятъ въ брюшную полость. Клиническія явленія этихъ случаевъ отличаются своею легкостью и малой продолжительностью.*

Случаи этой группы соотвѣтствуютъ *colique appendiculaire* Talamon'a, *la typhlite stercorale* и *la typhlite non suppurée* Roux, *une forme benigne* Duplay [1]), пожалуй, даже *Appendicitis simplex* Sonnenburg'a, по въ строго ограниченномъ смыслѣ, и, наконецъ *«легкимъ формамъ»* другихъ авторовъ (Keen'a [2]). Morton'a [3]), Körte Borchardt'a и др.), къ каковому названію присоединяемся и мы.

2-я *группа обнимаетъ всѣ тѣ случаи заболѣваній червеобразнаго отростка, гдѣ воспалительный процессъ не ограничивается уже однимъ отросткомъ, а переходитъ на брюшную полость на большемъ или меньшемъ ея протяженіи, но въ ограниченныхъ предѣлахъ*. Это именно случаи *перитифлита par excellence*. Они встрѣчаются гораздо чаще, тѣмъ другіе виды перитифлита, или, по крайней мѣрѣ, чаще подлежатъ подъ наблюденіе и лечепіе врача.

[1]) Duplay. De l'appendicite.—La Sem. méd., p. 397, 1896.
[2]) Keen, W. W. The indications for early laparotomy in appendicitis.—Annals of surgery. XII. 1891.
[3]) Morton T. G. On appendicitis and pericaecal inflammation. — Amer. Med. Ass. May 1891.—Med. Rec. May 9. 1891.

Относя подробное изложеніе клиническаго теченія случаевъ этой группы въ другое мѣсто, укажемъ здѣсь, что теченіе, какъ и отдѣльные симптомы весьма типичны, и распознаваніе поэтому не представляетъ большихъ трудностей. Отъ предыдущей же группы эти случаи, благодаря участію брюшины въ воспалительномъ процессѣ, отличаются большею интенсивностью отдѣльныхъ клиническихъ явленій, болѣе или менѣе значительной реакціей общаго состоянія больныхъ, большею продолжительностью болѣзни, болѣе частыми осложненіями и менѣе удовлетворительнымъ исходомъ.

Къ 3-й группѣ относятся тѣ случаи, гдѣ къ воспаленію червеобразнаго отростка присоединяется воспаленіе всей брюшины или значительной части ея—именно диффузный (разлитой) перитонитъ, который и выражаетъ всю клиническую картину болѣзни, своими признаками почти совершенно ступеневая признаки воспаленія червеобразнаго отростка.

Въ свою очередь, эта группа распадается на нѣсколько подгруппъ, такъ какъ клиническое теченіе диффузныхъ перитонитовъ бываетъ различное, смотря по степени и характеру вирулентности инфекціи. Клиническое дѣленіе диффузныхъ перитонитовъ вполнѣ соотвѣтствуетъ патолого-анатомическому, какъ оно приведено на стр. 124—127, а именно различаютъ:

a) Перитонеальное раздраженіе.
b) Перитонеальный сепсисъ.
c) Гнойно-гнилостный диффузный перитонитъ.
d) Нарастающій фибринозно-гнойный перитонитъ.

Глава II.

Симптоматологія.

Начало заболѣванія перитифлитомъ въ громадномъ большинствѣ случаевъ бываетъ *внезапное* и *бурное* среди полнаго здоровья. Почти въ $^1/_2$ анамнезовъ нашихъ больныхъ помѣчено *«заболѣлъ вдругъ, внезапно, сразу»*, въ остальной половинѣ, за немногими исключеніями, точно обозначенъ день заболѣванія, что также указываетъ на быстрое развитіе процесса. Нерѣдко болѣзнь начинается

ночью во время сна, такъ что въ этихъ случаяхъ исключается вліяніе внѣшнихъ причинъ.

Самымъ важнымъ симптомомъ, которымъ начинается и развивается дальше болѣзнь – есть *боль жидкая*, отсутствіе ея должно считать за весьма рѣдкое исключеніе. Съ момента появленія ея и считается начало болѣзни, хотя въ дѣйствительности воспалительный процессъ въ червеобразномъ отросткѣ могъ совершаться задолго до «клиническаго» начала болѣзни, подготовляя условія для развитія воспалительныхъ явленій въ болѣе широкомъ масштабѣ.

Локализація боли вначалѣ бываетъ неопредѣленная, чаще всетаки больные жалуются на боли въ правой подвздошной ямкѣ, но нерѣдко также на боли въ области пупка, подъ ложечкой, или же на боли всего живота. Боли носятъ характеръ или коликъ, или спазматическихъ «схватокъ», стрѣляющихъ и отдающихъ въ различныя направленія: въ поясницу, спину, правое бедро, мошонку и т. д. Въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни боли уже ограничиваются правой подвздошной ямкой и рѣдко носятъ постоянный характеръ, а появляются болѣе или менѣе частыми приступами, иногда невыносимо тяжелыми, лишающими больныхъ сна, вызывающими холодный потъ и крайне страдальческое выраженіе лица. Когда бурныя общія явленія стихнутъ, боли принимаютъ довольно опредѣленный характеръ: позвившись въ видѣ чрезвычайно сильной схватки въ правой подвздошной ямкѣ, онѣ съ меньшей интенсивностью поднимаются вверхъ по ходу восходящей кишки и переходятъ подъ ложечку и отсюда внизъ влѣво, постепенно все стихая. Описаніе такихъ болей больными бываетъ настолько картинно, что не остается сомнѣнія, что теперь онѣ вызываются перистальтическими движеніями толстой кишки.

Появленіе вначалѣ диффузныхъ болей по всему животу и затѣмъ локализація ихъ въ подвздошно-слѣпой области, а также бурное начало болѣзни объясняются, по мнѣнію нѣкоторыхъ авторовъ (Talamon, Roux, Körte-Borhardt, Nothnagel и др.) развитіемъ съ самаго начала общаго серознаго, resp. серозно-фибринознаго перитонита или первой стадіи воспаленія брюшины-гипереміи, которая вскорѣ локализуется только въ области воспалительнаго очага, на мѣстѣ постояннаго и обильнаго источника инфекціи, остальная же брюшная полость приходитъ въ свое нормальное состояніе, справившись съ попавшими въ нее въ небольшомъ количествѣ воспалительными агентами. Talamon называетъ такой общій перитонитъ *péritonite régressive*, въ противоположность *péritonite*

progressive. Прямыхъ доказательствъ дѣйствительнаго воспаленія всей брюшной полости вначалѣ заболѣванія не имѣется, это скорѣе умозрительное заключеніе. Talamon самъ не настаиваетъ на безусловной вѣрности своего предположенія, настолько же допуская возможность простого нервнаго раздраженія брюшины «de phénomènes sympathiques d'irritation nerveuse», распространившагося на всемъ протяженіи брюшины, а затѣмъ черезъ нѣсколько дней уступившаго мѣсто дѣйствительнымъ признакамъ мѣстнаго воспаленія.

Доказательство общаго зараженія брюшины видятъ въ томъ, что при раннихъ операціяхъ, производимыхъ въ острыхъ приступахъ, наблюдается развитіе послѣ операціи настоящаго перитонита чаще, чѣмъ можно было бы ожидать по всѣмъ даннымъ, что объясняется необыкновенной чувствительностью или воспріимчивостью къ зараженію брюшины въ этомъ остромъ періодѣ, т. е. что въ этихъ случаяхъ уже до операціи имѣются на лицо первыя стадіи воспаленія брюшины, произвольно проходимыя, но при оперативномъ вмѣшательствѣ съ внесеніемъ новыхъ агентовъ воспаленія, переходящія въ слѣдующія стадіи.

Безспорныхъ съ бактеріологической точки зрѣнія доказательствъ правильности такого вывода не имѣется, какъ уже сказано. Отрицать простого рефлекторнаго раздраженія брюшины, понижающаго способность ея противостоять дѣйствію вредоносныхъ агентовъ, намъ, кажется, нельзя. Возможно также, что въ этихъ случаяхъ имѣется химическое раздраженіе брюшины—токсинами бактерій—химическій, а не бактеріяный перитонитъ—вообще, говоря короче, мы имѣемъ дѣло не съ настоящимъ перитонитомъ, а съ *перитонеальнымъ раздраженіемъ*.

Вмѣстѣ съ произвольными болями появляется *болѣзненность живота* при ощупываніи. Болѣзненность вначалѣ бываетъ также диффузная по всему животу, затѣмъ онѣ локализуется въ правой подвздошной ямкѣ. Болѣзненность бываетъ иногда столь высокая, что больные не переносятъ малѣйшаго дотрогиванія до брюшныхъ стѣнокъ, умоляя не прикасаться, и хватая за руки. Надо, однако, замѣтить, что часто болѣзненность субъективно преувеличена больными, внушена произвольными, дѣйствительно, сильными болями и страхомъ, что боли сейчасъ вспыхнутъ, какъ только тронутъ животъ. Поэтому нерѣдко приходится наблюдать, что при первомъ прикосновеніи руки къ животу сильная болѣзненность, отъ которой больные вскрикиваютъ съ страдальческимъ выраженіемъ лица, какъ бы исчезаетъ при дальнѣйшемъ ощупываніи и надавливаніи, и боль-

ные, убѣдившись фактически, что болѣзненность ими преувеличена, позволяютъ безъ замѣтной реакціи ощупывать другія части живота, пока не перейдутъ къ мѣсту воспалительнаго фокуса, гдѣ уже мы имѣемъ дѣло съ настоящей болѣзненностью. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, болѣе острыхъ, болѣзненность можетъ быть настолько сильной, что носитъ характеръ кожной гиперэстезіи; обычно же она обусловливается необыкновенной чувствительностью воспаленной брюшины, поэтому вызывается при большемъ или меньшемъ надавливаніи.

Болѣзненность, появляясь одновременно съ произвольными болями, держится несравненно дольше ихъ, въ теченіи всей болѣзни и даже когда клинически болѣзнь считается законченной, остается нѣкоторая чувствительность на ограниченномъ мѣстѣ, которая должна соотвѣтствовать червеобразному отростку, не вполнѣ, стало быть, вернувшемуся къ нормальному состоянію.

Интенсивность болѣзненности не всегда находится въ соотвѣтствіи съ интенсивностью произвольныхъ болей. Какъ сказано, она долго удерживается по исчезновеніи послѣднихъ, но также иногда бываетъ нерѣзко выражена при очень сильныхъ произвольныхъ боляхъ. Наивысшей своей интенсивности она достигаетъ въ первые періоды воспаленія, съ развитіемъ же нагноенія она замѣтно уменьшается, болѣе локализуется, а въ періодѣ обратнаго развитія воспалительнаго процесса достигаетъ своего minimum'а, переходя, какъ выражаются, въ *«чувствительность»*.

Раздраженіе брюшины, воспалительное или реактивное, тотчасъ вызываетъ *рефлексы* со стороны *мышечнаго аппарата брюшныхъ стѣнокъ* и кишечника. Вначалѣ оно приводитъ къ активное состояніе *сокращенія*, достигающаго иногда высшей степени, такъ что брюшныя стѣнки являются напряженными, какъ доска, животъ слегка *вздымаетъ*. Въ дальнѣйшемъ теченіи происходитъ уже разслабленіе брюшныхъ мышцъ, тотчасъ же однако сокращающихся при потрогиваніи, такъ что ощупать что либо черезъ нихъ въ этихъ періодахъ нѣтъ никакой возможности. Что сокращеніе мышцъ вызывается рефлекторно болѣзненностью брюшины доказывается тѣмъ, что въ наркозѣ съ паденіемъ болевыхъ ощущеній брюшныя стѣнки совершенно разслабляются. По мѣрѣ стиханія процесса въ брюшной полости, напряженіе брюшныхъ стѣнокъ ослабѣваетъ и нѣкоторое время держится еще на правой половинѣ, а затѣмъ и здѣсь, по миновеніи остраго періода воспаленія, исчезаетъ.

Мышечный аппаратъ кишечника на раздраженіе брюшины очень скоро реагируетъ пассивнымъ состояніемъ *пареза* въ большей или

меньшей степени и притомъ реагируетъ въ этомъ направленіи довольно рано. Поэтому скоро послѣ начала припадка напряженіе живота смѣняется его *вздутіемъ*, задержкой *газовъ* и *испражненій*. Парезъ кишечника при ограниченномъ перитифлитѣ (и вообще перитонитѣ) рѣдко достигаетъ сколько-нибудь значительной степени, если не существуетъ какихъ либо механическихъ препятствій для передвиженія кишечнаго содержимаго. Обыкновенно онъ держится въ первыя острыя стадіи воспаленія и, если продолжается дальше, то въ очень незначительной степени, выражаясь въ вялости кишечника.

Ewald [1], однако, утверждаетъ, что парезъ кишечника можетъ при перитифлитахъ безъ видимыхъ причинъ достичь крайнихъ предѣловъ. Такъ, ссылаясь на одинъ свой случай, онъ говоритъ, что иногда наблюдаются особыя тяжелыя формы перитифлита, при которыхъ нагноеніе весьма незначительное, даже, можетъ быть, въ забрюшинной клѣтчаткѣ, но смерть наступаетъ не вслѣдствіе этого нагноенія, а вслѣдствіе *паралича кишекъ*, явленій кишечной непроходимости (*ileus paralyticus*) и вслѣдствіе общаго отравленія организма. Въ такихъ случаяхъ и оперативное вмѣшательство безуспѣшно.

Во всякомъ случаѣ, если вѣрны наблюденія Ewald'a, подобные случаи исключительно рѣдки.

Весьма важный признакъ ограниченнаго перитифлита есть *опухоль—перитифлитическая опухоль*.

Въ первые дни заболѣванія при сильной напряженности брюшныхъ стѣнокъ и жестокой болѣзненности, не допускающей малѣйшей пальпаціи, конечно, нельзя опредѣлить опухоли, да и едва-ли она существуетъ тогда въ сколько нибудь замѣтныхъ размѣрахъ, если не считать увеличеннаго въ объемѣ червеобразнаго отростка.

По мѣрѣ разслабленія брюшныхъ стѣнокъ, уменьшенія болѣзненности живота внѣ предѣловъ воспалительнаго фокуса, опухоль начинаетъ постепенно быть доступной ощупыванію, да и она сама начинаетъ къ тому времени увеличиваться. Размѣры ея зависятъ отъ ея возраста и отъ свойства инфекціи. При большой своей величинѣ, особенно при тонкихъ брюшныхъ стѣнкахъ, она замѣтна

[1]) Ewald. Deutsch. med. Wochenschrift 1891. № 5. Пренія по поводу доклада Konvers.

бываетъ на глазъ, или сказывается въ асимметріи живота. Но вообще это бываетъ рѣдко, и констатируется она только пальпаціей. Въ большинствѣ случаевъ она занимаетъ подвздошно-слѣпую область соотвѣтственно Mc. Burney'ской точкѣ, весьма часто непосредственно надъ Пупартовой связкой, а y sp. ant. sup. остается свободная узкая полоса. Въ другихъ случаяхъ она ближе подходитъ къ Пупартовой связкѣ или къ средней линіи и къ лобку. При застарѣлыхъ случаяхъ опухоль можетъ занимать всю нижнюю правую половину живота съ переходомъ даже налѣво. Поверхность опухоли гладкая или крупно-бугристая. Форма неопредѣленная, кругловатая, овальная. Въ прежнее время, да и теперь часто даютъ описаніе формы перитифлитической опухоли, какъ «колбасовидной», считая таковую характерной для перитифлита. Представленіе о такой формѣ опухоли создано самовнушеніемъ и стоитъ въ полной логической связи съ господствовавшимъ прежде представленіемъ о сущности перитифлита, какъ о заболѣваніи слѣпой кишки. Переполненіе ея каловымъ содержимымъ и давало опухоли по формѣ слѣпой и начала толстой кишки въ видѣ колбасы. Въ нѣкоторыхъ исторіяхъ болѣзни встрѣчаются описанія колбасовидной опухоли, идущей немного косо кнаружи. Наши попытки въ точности опредѣлить на больныхъ границы такой колбасовидной перитифлитической опухоли никогда не удавались, но мы при этомъ замѣтили, что легко обмануться и счесть за кажущуюся опухоль напрягающіеся подъ пальцами апоневротическіе и мышечные пучки косой наружной брюшной мышцы, какъ вообще нерѣдко ограниченное сокращеніе брюшныхъ мышцъ, если не совершенно симулируетъ опухоль, то придаетъ ей кажущіеся, большіе противъ дѣйствительности размѣры.

Границы опухоли, въ особенности въ первое время, при значительномъ напряженіи брюшныхъ стѣнокъ и сильной болѣзненности, плохо опредѣляются, незамѣтно переходя въ сосѣднія части брюшины; поэтому часто въ эти періоды, а иногда и впослѣдствіи, при болѣе толстыхъ брюшныхъ стѣнкахъ или глубокомъ положеніи опухоли, послѣдняя опредѣляется только какъ неясно-ограниченное *утолщеніе, резистенція*, болѣзненная на ощупь. Да и въ позднѣйшія стадіи, при всѣхъ благопріятныхъ къ тому условіяхъ, границы опухоли не рѣзко контурированы, что и понятно при тѣхъ составныхъ частяхъ, изъ которыхъ слагается опухоль. Намъ одинъ разъ пришлось наблюдать опухоль—настоящую колбасовидную съ весьма рѣзко выраженными границами, лежащую на типичномъ мѣстѣ для

перитифлита съ характерными клиническими явленіями, такъ что этотъ случай наблюдавшими больную врачами считался за классическій случай перитифлита; на операціи же оказалось, что здѣсь была колоссально растянутая правосторонняя труба, лежавшая весьма высоко (см. ниже). Этотъ случай еще болѣе убѣдилъ насъ, что въ большей или меньшей *диффузности границъ* есть характерная особенность перитифлитической опухоли.

Вопросъ о *составныхъ частяхъ перитифлитической опухоли* служилъ и, пожалуй, до сихъ поръ еще служитъ предметомъ горячаго спора. Въ былое время, при господствѣ теоріи Dupuytren'a—Albers'a, на этотъ счетъ господствовало полное единодушіе: воспаленіе слѣпой кишки вызывается скопившимися въ ней *каловыми массами*, онѣ и составляютъ главную часть опухоли; отсюда же, какъ сказано, и представленіе о ней какъ о колбасовидной. Весьма часто наблюдающееся уменьшеніе опухоли вмѣстѣ съ первымъ стуломъ служило отличнымъ подтвержденіемъ тому.

Въ настоящее время прочно установлено, что въ образованіи перитифлитической опухоли по преимуществу или почти исключительно принимаютъ участіе продукты воспаленія.

Наблюдающееся въ нѣкоторыхъ случаяхъ скопленіе каловыхъ массъ въ слѣпой кишкѣ слѣдуетъ разсматривать, какъ *вторичное* явленіе: воспалительное состояніе стѣнокъ слѣпой кишки, сращенія ихъ съ пристѣночной брюшиной ослабляютъ ея перистальтику, а иногда, благодаря сращеніямъ различнаго рода, создаются и механическія обтурація.

Такъ, мы видѣли на вскрытіи случая № 54 хир. слѣпую кишку набитою твердыми каловыми массами и значительно растянутою сравнительно съ остальной толстой кишкой. Въ этомъ случаѣ имѣлись обширныя крѣпкія сращенія flex. sygmoidea.

Значительное переполненіе твердыми каловыми массами слѣпой кишки наблюдалось нами также на вскрытіи случая № 47 хир. и жидкими—въ случаѣ № 52 хир. Въ этихъ обоихъ случаяхъ имѣлось даже перекручиваніе (volvulus) flex. sygmoidea на 90°. Такія вторичныя скопленія каловыхъ массъ, безъ сомнѣнія, увеличиваютъ собою размѣры перитифлитической опухоли и уменьшаютъ соотвѣтственно тому съ первымъ стуломъ.

Центръ опухоли—не въ математическомъ, конечно, смыслѣ—составляетъ воспаленный червеобразный отростокъ. Вовлекая смежныя части брюшной полости въ воспалительный процессъ, онъ вовлекаетъ ихъ и въ образованіе опухоли. Стѣнки сосѣднихъ петель

тонкихъ кишекъ, слѣпой кишки, а также пристѣночный листокъ брюшины *утолщаются*, появляются *фибринозныя выдѣленія*, которыя склеиваютъ прилежащія кишечныя петли въ одинъ *конгломератъ*.) Въ особенности увеличенію опухоли способствуетъ иногда *сальникъ*, который при воспаленномъ своемъ состояніи неимовѣрно утолщается. При дальнѣйшемъ распространеніи воспалительнаго процесса появляется отечность и инфильтрація предбрюшинной клѣтчатки и слѣдующихъ слоевъ брюшной стѣнки, что также увеличиваетъ размѣры опухоли.

Главную же и самую важную по своему значенію часть перитифлитической опухоли составляетъ *гной*, заключенный въ ограниченную склейками и кишечными петлями полость. Но во всѣхъ ли случаяхъ можно признать его присутствіе?

Громадное большинство новѣйшихъ авторовъ высказываетъ за гнойную природу перитифлитической опухоли. Еще Krafft высказался, что *Perityphlitis appendicularis stercoralis acuta* сопровождается образованіемъ гнойника. Наиболѣе же горячимъ защитникомъ этой теоріи является Sahli, приведшій въ доказательство его весьма убѣдительные доводы. Онъ считаетъ, что во всѣхъ безусловно случаяхъ имѣется гнойное ядро, будетъ ли тутъ прободеніе червеобразнаго отростка или нѣтъ, въ присутствіи ли каловаго камня или нѣтъ; чаще же всего бываетъ прободеніе и гнойникъ лежитъ внѣ отростка, но иногда онъ помѣщается въ самомъ отросткѣ. Количество гноя можетъ быть весьма небольшое, и тогда главную составную часть опухоли составляютъ склеившіяся петли кишекъ, фибринозный эксудатъ, утолщенныя воспаленныя стѣнки, подобно тому какъ при фурункулѣ, при незначительномъ количествѣ гноя, воспалительный инфильтратъ распространяется на далекое пространство, образуя собою большую опухоль. Основаніемъ своего положенія Sahli приводитъ тѣ данныя, что при пробныхъ пункціяхъ никогда не получали серознаго эксудата, участіе котораго въ образованіи опухоли приводится другими, а всегда получали или гнойную жидкость, или же отрицательные результаты; при раннихъ операціяхъ перитифлита всегда находятъ гной, что должно объяснить не вѣрностью діагноза, а тѣмъ, что вообще всѣ перитифлиты, при которыхъ имѣется опухоль, гнойные.

Главнымъ возраженіемъ противниковъ такого взгляда служитъ то положеніе, что перитифлитическій гнойникъ только въ рѣдкихъ случаяхъ находитъ пути для своего опорожненія, а между тѣмъ большинство случаевъ перитифлитовъ съ довольно большими опухолями излечиваются произвольно, безъ хирургическаго вмѣшательства. Здѣсь, стало быть, имѣется де только серозно-фибринозное пропитываніе тканей, которое и можетъ такъ быстро исчезать, чего не можетъ быть съ гноемъ. Подобно аналогіи съ фурункуломъ, Nothnagel дѣлаетъ сравненіе съ ergysipelas, гдѣ также происходитъ значительное воспалительное пропитываніе тканей, безъ образованія однако гнойника, по всетаки Nothnagel для громаднаго большинства перитифлитическихъ опухолей признаетъ присутствіе въ нихъ гнойнаго ядра, или, какъ дѣлаютъ поправку Körte и Borchardt—*инфекціознаго ядра*. Послѣдніе авторы считаютъ, что центръ перитифлитической опухоли составляетъ обыкновенно перфорированный и только, какъ исключеніе, неперфорированный червеобразный отростокъ. Но образованіе гнойника вслѣдъ за прободеніемъ, по ихъ мнѣнію, необязательно, что относится особенно къ тѣмъ случаямъ, когда большія опухоли исчезаютъ въ короткое время; прободное отверстіе въ такихъ случаяхъ quasi in statu nascendi закрывается склейками, преимущественно сальникомъ, и дѣлается такимъ образомъ безвреднымъ.

Намъ кажется также, что нельзя считать безусловно доказаннымъ, что во всѣхъ случаяхъ безъ исключенія перитифлитическія опухоли имѣютъ гнойное ядро. Воспалительный процессъ можетъ, не дойдя до стадіи образованія гноя, принять обратное теченіе, между тѣмъ сильная вирулентность инфекціи вызоветъ весьма быстро воспалительные процессы вокругъ «инфекціознаго очага». Самъ Sahli дѣлаетъ уступку, признавая, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ гной находится внѣ брюшной полости, въ самомъ червеобразномъ отросткѣ.

Что же касается того возраженія, что гнойныя перитифлитическія опухоли не могутъ исчезнуть безъ болѣе или менѣе яснаго опорожненія гноя тѣмъ или другимъ путемъ и что, при отсутствіи показательствъ на то, слѣдуетъ признать, что въ соотвѣтствующихъ случаяхъ произвольнаго излеченія не имѣлось гноя, мы можемъ указать на рядъ наблюдавшихся нами случаевъ, гдѣ имѣлись всѣ признаки на лицо, чтобы считать присутствіе гноя несомнѣннымъ и соотвѣтственно тому даже были всѣ показанія для оперативнаго вмѣшательства, но одинъ —два дня выжиданія, оправдываемаго отсутствіемъ всякаго риска, приводили къ наблюденію обратнаго развитія предполагаемаго по всему гнойнаго процесса, причемъ обычныхъ грубыхъ признаковъ опорожненія гноя черезъ кишечникъ не констатировалось. Въ литературѣ также нерѣдко встрѣчаемъ описанія случаевъ, гдѣ

назначенная съ вечера операція, при всѣхъ строгихъ показаніяхъ къ тому, отмѣнялась на утро, въ виду неожиданнаго и рѣзкаго поворота на улучшеніе.

Какимъ образомъ разрѣшаются гнойные процессы безъ оперативнаго вмѣшательства, мы подробно изложимъ въ главѣ о самопроизвольномъ излеченіи перитифлитовъ.

Кромѣ гноя, въ образованіи и увеличеніи перитифлитическихъ опухолей, по мнѣнію многихъ авторовъ (Sonneburg'a, Lennander'a, Curschmann'a [1]), Renvers'a, Kümmel'я, Nothnagel'я, Körte-Borchardt'a и др.), принимаютъ участіе также *серозные*, resp. *серозно-фибринозные эксудаты*. Sonnenburg считаетъ, что при *appendicitis simplex свободный серозный эксудатъ*, какъ послѣдствіе вызваннаго перитифлитомъ разстройства кровообращенія и воспалительнаго раздраженія окружающихъ частей, образуетъ наблюдающіяся въ этихъ случаяхъ уплотненія, быстро появляющіяся и также быстро исчезающія, и приводитъ тому 2 примѣра изъ своей оперативной практики, изъ которыхъ одинъ едва ли можно признать доказательнымъ: эксудатъ былъ мутный, съ непріятнымъ каловымъ запахомъ, и сочтенъ Sonnenburg'омъ за серозный, въ виду его стерильности. Sahli и здѣсь выступаетъ съ возраженіями, ссылаясь на то, что онъ не нашелъ въ литературѣ ни одного случая, гдѣ бы типичная перитифлитическая опухоль содержала серозную жидкость; свободный же въ брюшной полости эксудатъ—возможности котораго, какъ реактивнаго процесса сосѣднихъ частей, Sahli не отрицаетъ — почти не можетъ или въ счетъ составныхъ частей опухоли.

Въ виду имѣющихся безспорныхъ наблюденій, отрицать совершенно существованіе чисто серозныхъ, resp. серозно-гнойныхъ перитифлитическихъ эксудатовъ нельзя, но они встрѣчаются очень рѣдко.

Не чаще наблюдаются обособленные *серозные эксудаты* при одновременномъ существованіи гнойныхъ очаговъ. Такъ, Borchardt приводитъ случай, гдѣ главная составная часть перитифлитической опухоли состояла изъ большой полости, наполненной серозной жидкостью, а вдали, въ маломъ тазу лежалъ небольшой совершенно инкапсулированный перитифлитическій гнойникъ, безъ сомнѣнія, вызвавшій серозный эксудатъ. Намъ также пришлось наблюдать одинъ случай (№ 50 хир.), гдѣ большая перитифлитическая опухоль состояла изъ конгломерата склеившихся петель кишекъ и среди нихъ лежали отдѣльныя небольшія полости, не сообщавшіяся между собою, наполненныя чистою, прозрачною, серозною жидкостью, мутноватосерозною и, наконецъ, гнойною, такъ что получалось впечатлѣніе различныхъ стадій перехода эксудата отъ серознаго къ чисто гнойному.

Во всякомъ случаѣ, участіе дѣйствительно серозныхъ, resp. серозно-фибринозныхъ эксудатовъ въ сколько-нибудь значительныхъ разсѣрахъ въ образованіи перитифлитической опухоли встрѣчается рѣдко, лишь въ единичныхъ случаяхъ.

При большей или меньшей продолжительности воспалительнаго процесса, гной скопляется въ *значительномъ количествѣ* и образуетъ собою самую большую составную часть перитифлитической опухоли, которую вѣрнѣе называть теперь *перитифлитическимъ гнойникомъ*.

Частое и раннее *участіе въ воспалительномъ процессѣ брюшной стѣнки* является своеобразной характерной особенностью заболѣваній червеобразнаго отростка въ сравненіи съ язвенными процессами всѣхъ другихъ частей кишечника, гдѣ почти никогда не доходитъ дѣло до образованія опухолей, подобныхъ перитифлитическимъ. Если гдѣ либо въ брюшной полости готовится гнойникъ, то въ этомъ мѣстѣ ощущается уплотненіе, повышенная резистенція—что соотвѣтствуетъ фибринозно-склеившимся петлямъ кишекъ, но инфильтрація брюшной стѣнки играетъ здѣсь въ высшей степени незначительную роль. Сопротивляемость брюшины необыкновенно велика, она лѣлаетъ весьма труднымъ распространеніе инфекціи per continguitatem. При перитифлитахъ же участіе брюшной стѣнки въ воспалительномъ процессѣ весьма частое явленіе.

Borchardt видитъ объясненіе этому замѣчательному факту въ особенностяхъ брыжжейки червеобразнаго отростка и отношеніи ея къ забрюшинному пространству. Mesovermium много короче брыжжейки остальнаго кишечника и, безъ сомнѣнія, содержитъ менѣе, чѣмъ та, лимфатическихъ железъ, задерживающихъ распространеніе инфекціи. Инфекція, вызывая лимфангоитъ, сопровождающій каждое тяжелое заболѣваніе червеобразнаго отростка, находитъ на своемъ краткомъ пути мало препятствій и такимъ образомъ легко и быстро доходитъ до забрюшиннаго пространства и находитъ здѣсь благопріятную почву для дальнѣйшаго распространенія

[1]) Curschmann. Пренія по поводу перитифлита на 13 Kongress für innere Medicin. München. 1895.

Температура.—Перитифлиты обычно начинаются и протекаютъ съ *повышенной температурой*; но въ нѣкоторыхъ случаяхъ послѣдняя остается нормальной. Такъ, у насъ на 160 случаевъ въ 24 случаяхъ (№№ 3, 4, 5, 18, 23, 32, 39, 42, 43, 44, 57, 59, 62, 65, 69, 70, 78 и 90 тер. и 20, 28, 42, 46, 62 и 65 хир.) лихорадка отсутствовала. Изъ этихъ 24 случаевъ слѣдуетъ исключить 3 случая (№№ 20, 46 и 67 хир.), какъ поступившіе и оперированные въ коллапсѣ, съ быстро послѣдовавшей смертью, такъ что остается 21 *безлихорадочный случай* на 157, что равняется 14%.

По Rotter'y, % безлихорадочныхъ случаевъ — 11; но онъ исключаетъ всѣ случаи, подпавшіе подъ наблюденіе спустя 10 дней отъ начала болѣзни. Если и мы исключимъ подобные случаи, то у насъ останется безлихорадочныхъ случаевъ 16 на 152 случая, что равняется 9,5%.

У Herzog'a на 189 больныхъ безъ лихорадки отмѣчено 50 человѣкъ, что равняется 26%. Такой высокій % у Herzog'a объясняется тѣмъ, что онъ къ безлихорадочнымъ отнесъ случаи съ t° до 38°, мы же принимаемъ за повышенную t°, начиная уже отъ 37,6°.—Затѣмъ большинство безлихорадочныхъ случаевъ Herzog'a приходится на долю рецидивирующихъ формъ. У насъ же припадки отмѣчены лишь въ 7 случаяхъ (№№ 23, 32, 44 и 57 тер. и 42, 46 и 65 хир.).

Если перитифлиты иногда протекаютъ безъ лихорадки, то и вообще послѣдняя при нихъ отличается своею *умѣренностью* и высокихъ ступеней достигаетъ только въ рѣдкихъ случаяхъ, какъ показываютъ слѣдующія наши данныя:

t° отъ 37,6 до 38,5	наблюдал.	въ 48 случ.[1]),	что равняется	30%
» » 38,6 » 39,0	»	» 31 »	»	19,4 »
» » 39,1 » 39,5	»	» 46 »	»	28,7 »
» » 39,6 » 40,3	»	» 11 »	»	6,9 »

T° свыше 40, наблюдалась всего только 2 раза (№№ 48 и 57 хир.), да и то держалась лишь 1 день.

У Herzog'a t° на высотѣ:

38,0—39,0	наблюдалась	въ	37,1%
39,1—39,5	»	»	23,6 »

[1]) Взяты какъ терапевтическіе, такъ и хирургическіе случаи; у послѣднихъ t° принималась въ расчетъ только до операціи.

39,6—40,0	наблюдалась	въ	7,5%
40,1—41,0	»	»	8,6 »

У Kümmel'я [1])

въ 185 случаевъ	t° была до		38,0
» 124 »	» »	» 38,0—39,5	
» 61 »	» »	выше	39,0

Продолжительность лихорадки у нашихъ больныхъ во время нахожденія ихъ въ больницѣ наблюдалась:

въ	1 день	въ	13 случ.[2])	(въ 2 случ.—1 день, въ 3 случ.—2 дня, въ 2 случ.—3 дня, въ 1 случ.—6 дней, въ 1 случ. 9 дней, въ 2 случ.—2 нед. и въ 1 случ.—3 нед. проведено дома).
»	2 »	»	11 »	(въ 6 случ.— 0, 1, 3, 7, 9 и 11 дней, въ 3 случ.—2 дня и въ 2 случ.—14 дней проведено дома).
»	3 »	»	10 »	(въ 2 случ.—1 день, въ 2 случ.—3 дня, въ 2 случ.—4 дня, въ 2 случ.—7 дней, въ 2 случ.—9 и 10 дней проведено дома).
»	4 »	»	6 »	(въ 3 случ.—1, 6 и 7 дней и въ 2 случ.—10 дней проведено дома).
»	5 »	»	5 »	(2, 3, 8, 9 и 11 дней проведено дома).
»	7 »	»	4 »	(въ 1 случ. — 3 дня и въ 3 случ. по 6 дней проведено дома).
»	9 »	»	3 »	(по 3 дня проведено дома).
»	11 »	»	3 »	
»	12 »	»	1 »	
»	13 »	»	2 »	(по 2 дня проведено дома).
»	14 »	»	1 »	(2 дня проведено дома).
»	16 »	»	1 »	(2 дня проведено дома).

Всего . . 60 случ. + 13 безлихорадочныхъ случаевъ.

[1]) Kümmel, H. Berl. klin. Wochenschr. № 15. 1898.

[2]) Въ этой таблицѣ взяты только терапевтическіе случаи съ благопріятнымъ исходомъ.

РЕПОЗИТОРИЙ ГГМУ

Эти данныя показываютъ, что продолжительность лихорадки незначительна, именно — въ большинствѣ случаевъ (въ 34 на 60 случ. — въ 56,6%) она держалась отъ 1 до 3 дней; больше недѣли лихорадка продолжалась только въ 11 случаяхъ, что составляетъ лишь 15% (взято общее число лихорадочныхъ и безлихорадочныхъ случаевъ).

Если даже взять дни, проведенные дома, за лихорадочные, то окажется, что почти въ половинѣ случаевъ t° опускается до нормы въ теченіе недѣли, какъ это показываютъ нижеслѣдующія данныя:

T° опустилась до нормы

въ теченіе	1-й	недѣли	болѣзни	въ	32	случ.	т. е. въ	45%
»	»	2-й	»	»	22	»	» » »	31 »
»	»	3-й	»	»	11	»	» » »	15,5 »
»	»	4-й	»	»	6	»	» » »	8,5 »

(Болѣе подробныя данныя о t° въ теченіе перитифлита, а также о значеніи ея для прогноза и показаній къ операціи см. соотвѣтствующія главы).

Пульсъ въ теченіе перитифлита не представляетъ какихъ либо особенностей. Его частота и напряженіе зависятъ отъ общаго состоянія и высоты t°; sub finem онъ нерѣдко достигаетъ частоты 130—150 ударовъ въ минуту.

При изслѣдованіи больныхъ нужно всегда имѣть въ виду психическое состояніе ихъ, особенно въ тѣхъ случаяхъ, когда больнымъ извѣстно, что для нихъ можетъ предстоять оперативное вмѣшательство.

(Отношеніе пульса къ t° см. ниже)

Mannenberg [1]) обратилъ вниманіе на *акцентъ второго тона надъ art. pulmonalis*, который онъ замѣтилъ на многихъ случаяхъ обыкновеннаго остраго перитифлита, наблюдавшихся имъ въ клиникѣ Nothnagel'a. Въ тѣхъ же случаяхъ, гдѣ яснаго акцента не было, все же 2-й пульмональный тонъ былъ громче 2-го аортальнаго.

Правильность этихъ наблюденій подтверждаетъ также Nothnagel.

[1]) Mannenberg. Ueber Accentuirung des II. Pulmonaltones bei Perityphlitis.— Centralbl. für innere. Med. 1894.

Въ нашихъ случаяхъ это явленіе было ясно выражено въ 3 случаяхъ (№№ 10 тер., 3 и 62 хир.).

Porte [1]) же въ одномъ случаѣ перитифлита наблюдалъ въ теченіе болѣзни развитіе *остраго эндокардита*.

Дыханіе при перитифлитахъ очень часто бываетъ измѣнено. Вслѣдствіе сильныхъ болей живота, больные исключаютъ изъ акта дыхательныхъ движеній сокращенія какъ діафрагмы, такъ и брюшныхъ мышцъ, поэтому дыханіе пріобрѣтаетъ рѣзко *реберный типъ* или даже совершается только въ верхнихъ частяхъ груди. Вслѣдствіе уже этихъ явленій, оно учащается помимо вліянія высокой t°. При очень сильной болѣзненности живота, дыханіе становится *прерывистымъ*, толчками, такъ что получается впечатлѣніе, что больные произвольно задерживаютъ его, съ цѣлью не вымывать болей. Малѣйшій кашель, по тѣмъ же причинамъ, становится невыносимымъ. Съ развитіемъ метеоризма или большого перитифлитическаго экссудата, грудо-брюшная преграда поднимается вверхъ, что влечетъ за собою уже неправильное реберное дыханіе. Иногда можно замѣтить нѣсколько неравномѣрныя дыхательныя движенія съ задержкою правой половины, что рѣзко выражается при развитіи поддіафрагмальныхъ нарывовъ.

Рвота—довольно частое явленіе при перитифлитахъ: у насъ она отмѣчена въ анамнезахъ и исторіяхъ болѣзни 160 больныхъ 64 раза (въ 40%). Весьма возможно, что наши анамнезы на этотъ счетъ не отличаются должною точностью, такъ какъ, по даннымъ другихъ авторовъ, рвота встрѣчается несравненно чаще—отъ 65% (Deaver) до 75% (Nothnagel), хотя приводятся и цифры, близкія къ нашимъ: 46,5% (Caley [2]). Рвота—одинъ изъ ранныхъ симптомовъ болѣзни, появляющійся вмѣстѣ съ болями живота, и, вѣроятно, есть рефлекторнаго происхожденія, но въ нѣкоторыхъ случаяхъ она можетъ быть однимъ изъ проявленій желудочно-кишечнаго заболѣванія; такъ, у насъ она отмѣчена почти въ половинѣ случаевъ вмѣстѣ съ поносами, не говоря уже о запорахъ. Въ большинствѣ случаевъ, рвота появляется вначалѣ болѣзни рѣдко

[1]) Porte. R. Endocardite infectieuse au cours d'une appendicite.— Dauphiné méd. Août. 1896.

[2]) Caley. H. A. Prognosis in Appendicitis.—Lancet. 10 feb. 1900.

повторяется и держится въ теченіе всего дня, а еще рѣже продолжается и слѣдующіе дни, если только сразу не развился общій перитонитъ. Съ обострѣніемъ процесса, съ прободеніемъ гнойника въ свободную брюшную полость, рвота вновь появляется въ теченіе болѣзни. Только при параличѣ кишечника и при механической непроходимости бываетъ *каловая рвота*; въ остальныхъ же случаяхъ рвотныя массы состоятъ изъ обычнаго желудочнаго содержимаго и слизи.

Въ послѣднее время Dieulafoy [1]), основываясь на своихъ 6 случаяхъ и на наблюденіяхъ Guyot et Carles'a [2]), Charlot [3]), и Kirmisson'a [4]), указываетъ на *кровавую рвоту*—нерѣдкое, будто бы, осложненіе при перитифлитѣ. По толкованію Dieulafoy, она является результатомъ одновременной инфекціи и интоксикаціи, источникомъ которыхъ служитъ аппендицитъ. Токсины, подобно тому, какъ вызываютъ измѣненія въ печени или почкахъ (желтуху, альбуминурію и др.), также могутъ вызвать и измѣненія слизистой желудка съ послѣдовательными некрозами и кровотеченіемъ.—Кровавая рвота весьма дурной прогностическій признакъ.

Вслѣдъ за Dieulafoy, Boeckel [5]) сообщилъ о кровавой рвотѣ въ теченіи 1 случая перитифлита и Цыпкинъ [6]) также объ одномъ случаѣ.

Въ одномъ изъ нашихъ случаевъ (№ 18 тер.) также отмѣчено *кровотеченіе* изъ слизистой желудка. Этотъ случай, осложненный между прочимъ беременностью и sub finem абортомъ, имѣлъ тяжелое клиническое теченіе и окончился смертью.

Нерѣдко, вмѣстѣ рвоты или послѣ нея, наблюдается *тошнота, отрыжка* и *икота*: послѣдняя въ тяжелыхъ случаяхъ, при распространеніи перитонита на поддіафрагмальное пространство, становится безпрерывной.

Отправленія кишечника также не остаются не затронутыми, какъ видно изъ нижеслѣдующей таблицы, составленной на основаніи данныхъ нашей клиники:

[1]) Dieulafoy. Vomito nigro appendiculaire. Gastrite ulcéreuse hémorrhagique appendiculaire.—Presse méd. № 13. 1901.

[2]) Guyot et Carles. Appendicite et gastrorrhagie.—Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux 20 nov. 1899.

[3]) Charlot. Les hématémèses dans l'appendicite.—Thèse de Paris. 1900.

[4]) Kirmisson. Appendicite et gastrorrhagie.—Gaz. hebd. 1 déc. 1900.

[5]) Boeckel, J. Vomito nigro dans l'appendicite.—Gaz. méd. de Strasbourg. Juin. 1901.

[6]) Цыпкинъ, С. М. О кровавой рвотѣ при аппендицитѣ. Медиц. Обозрѣніе № 2. 1902.

	Въ дни, предшествовавшіе заболѣванію:		Во время болѣзни.		Въ концѣ болѣзни [1]):	
Нормальн. стулъ въ 41 случ. = 57,7%; въ 30 случ. = 23%; въ 48 случ. = 60%						
Запоръ. . .	» 21	» 29,6	» 62	» 47,7	» 26	» 32,5
Поносъ. . . .	» 8	» 11,3	» 27	» 20,8	» 5	» 6,2
Запоръ и поносъ	» 1	» 1,4	» 11	» 8,5	» 1	» 1,2

Изъ этой таблицы мы видимъ, что наичаще всего въ теченіе перитифлита наблюдается *запоръ* (въ 47,7%), который удерживается во многихъ случаяхъ (въ 32,5%) до конца болѣзни и часто (въ 29,6%; предшествуетъ ей; *нормальный же стулъ* въ теченіе перитифлита наблюдается значительно рѣже, менѣе, чѣмъ въ 1/4 всѣхъ случаевъ (въ 23%). По Deaver'y, запоры встрѣчаются еще чаще, чѣмъ по нашимъ даннымъ, а нормальный стулъ несравненно рѣже: именно, запоръ въ 57 1/2%, поносъ въ 15 1/2%, а нормальный стулъ только въ 8 1/2%.

Мы уже нѣсколько разъ говорили выше, что запоры при перитифлитахъ въ большинствѣ случаевъ являются симптомами не самостоятельнаго заболѣванія слѣпой кишки, а слѣдствіемъ вторичнаго воспалительнаго пареза ея стѣнокъ, сросшейся съ пристѣночной брюшиной и т. п.

Во время леченія, кромѣ опія, имѣетъ вліяніе на задержку испражненій также покой и діэта, почему запоръ продолжается и въ концѣ болѣзни, когда почти всѣ явленія воспаленія исчезли и опій отмѣненъ.

Иногда больные произвольно задерживаютъ стулъ изъ-за сильныхъ болей при дефекаціи. Иногда, при давленіи перитифлитической опухоли на слѣпую кишку, появляются .тенезмы, но не очень выраженные.

Нерѣдко также наблюдаются и *поносы* (20,5%), или поносы и запоры вмѣстѣ (8,5%). Поносы обыкновенно наблюдаются въ началѣ болѣзни, продолжаются недолго, уступая мѣсто запорамъ или нормальному стулу.

Czerny-Haeddaeus и Shoemaker впервые обратили вниманіе на *отхожденіе большого количества слизи съ испражненіями* (colitis membranosa s. mucosa), нерѣдко встрѣчающееся, по ихъ наблюденіямъ, при перитифлитахъ (хроническихъ); они придаютъ этому симптому большое діагностическое значеніе (см. стр. 153).

Довольно часто наблюдается также *задержка газовъ*, съ от-

[1]) Взяты только случаи, леченные терапевтически.

[2]) Взяты только тѣ случаи, гдѣ вліяніе опія исключалось.

хожденіемъ которыхъ больные чувствуютъ значительное облегченіе, и вообще отхожденіе ихъ является предвѣстникомъ перваго стула и часто, вмѣстѣ съ послѣднимъ, предвѣстникомъ улучшенія.

Аппетитъ бываетъ обыкновенно, пока держатся острыя явленія, *плохой*, что идетъ какъ-бы на встрѣчу желанію врача провести требуемую строгую діэту вначалѣ заболѣванія.

Языкъ въ большей или меньшей степени *обложенъ* и при высокой 1^0 сухъ, а при очень тяжеломъ состояніи больныхъ покрывается густымъ грязнымъ налетомъ.

Нерѣдко при перитифлитахъ, въ особенности тазовыхъ, приходится наблюдать *раздраженіе мочевого пузыря*, въ видѣ *задержки мочеиспусканія* или частыхъ *позывовъ* къ послѣднему. Задержка мочи бываетъ по сутками и больше, такъ что иногда приходится прибѣгать къ катетеризаціи.

Моча также претерпѣваетъ измѣненія, хотя и характерныя не для однихъ перитифлитовъ. Такъ замѣчается уменьшеніе ея количества не только потому, что она задерживается въ мочевомъ пузырѣ, но и потому что существуетъ *олигурія*, а иногда въ очень острыхъ случаяхъ и sub finem *анурія*, такъ что катетромъ получается дѣй-тви капли. Обыкновенно же суточное количество мочи бываетъ въ 400—600 куб. сант., моча бываетъ насыщеннаго цвѣта, часто щелочной реакціи съ большимъ осадкомъ мочекислыхъ солей.

Revilliod въ 1891 г. [1]), основываясь на фактахъ, опубликованныхъ въ диссертаціи A. Darier и Sobolesk'аго, а въ 1897 г. [2]) — на основаніи собственныхъ наблюденій въ 44 случаяхъ перитифлита, отмѣтилъ при послѣднемъ увеличеніе мочевины, которой ежедневно выдѣлялось отъ 40 до 50 граммъ, а иногда даже до 70—80 граммъ. Эту полюрію при мѣстномъ и общемъ перитонитѣ R. объясняетъ проникновеніемъ септическихъ элементовъ изъ кишечника и въ частности изъ слѣпой кишки черезъ воротную вену въ печень. При перитеритахъ же, оофоритахъ и т. п. она отсутствуетъ.—Теченіе полюріи соотвѣтствуетъ теченію перитифлита, у выздоравливающихъ она исчезаетъ.

Присутствіе *индикана* въ мочѣ констатируется весьма часто въ большемъ или меньшемъ количествѣ. Изъ своихъ изслѣдованій въ этомъ отношеніи мы вынесли то впечатлѣніе, что наибольшее количество индикана получается не въ случаяхъ съ болѣе продолжительной задержкой испраженій, а при болѣе обширныхъ нагноеніяхъ, даже въ послѣопераціонномъ періодѣ, пока нагноеніе продолжается еще въ большихъ размѣрахъ. Выводить какія либо заключенія изъ присутствія и количественнаго содержанія индикана о характерѣ болѣзни нельзя, такъ какъ какого-либо правильнаго соотношенія между первымъ и вторымъ не обнаруживается. Такъ, напр., въ случ. №№ 56 и 58 хир. мы получили весьма рѣзкую реакцію Jaffé на индиканъ: моча въ пробиркѣ приняла почти черный цвѣтъ, а пѣна осѣдала на стѣнкахъ пробирки въ видѣ темносиніхъ хлопьевъ; однако, нагноеніе здѣсь было ограниченное и еще непродолжительное, и стулъ былъ мало задержанъ. Въ противоположность тому въ случ. № 52 и 53 хир. индиканъ въ мочѣ опредѣлялся въ небольшомъ количествѣ, даже какъ слѣды его (въ 53-мъ случ.), хотя нагноеніе распространялось на значительную часть брюшной полости и задержка стула была болѣе продолжительной и, вообще, случаи были несравненно болѣе тяжелые (одинъ изъ нихъ окончился смертью). Случай № 52 хир. представляетъ въ этомъ отношеніи еще и тотъ интересъ, что впослѣдствіи, когда нагноительный процессъ ограничился и стулъ сталъ болѣе правильнымъ, количество индикана достигло громадныхъ размѣровъ, но надо замѣтить, что, хотя процессъ въ брюшной полости ограничился, но количество гноя къ этому времени достигло наибольшихъ размѣровъ, и, несомнѣнно, столь рѣзкое увеличеніе количества индикана обязано скопленію гноя, не смотря на то, что онъ отводился изъ раны вполнѣ удовлетворительно. Присутствіе и количество индикана въ мочѣ зависятъ отъ степени всасываемости продуктовъ распада какъ со стороны кишечника, такъ и со стороны брюшины, а поэтому не всегда можно сдѣлать какіе либо выводы, чему обязано появленіе индикана. Въ общемъ, можно только сказать, что въ легкихъ случаяхъ, съ малой продолжительностью болѣзни, индиканъ или совсѣмъ не обнаруживается въ мочѣ, или же въ небольшихъ количествахъ, какъ слѣды его.

Присутствіе *бѣлка* въ большомъ количествѣ нами обнаружено только въ одномъ случаѣ (№ 45 хир.), окончившемся смертью: на вскрытіи найдены глубокія паренхиматозныя измѣненія почекъ (Nephritis parenchymatosa acuta); стоятъ ли они въ связи съ перитифлитическимъ процессомъ, остается невыясненнымъ по отсутствію данныхъ на то. Въ большинствѣ случаевъ перитифлита бѣлокъ въ мочѣ отсутствуетъ, а если имѣется, то въ весьма минимальныхъ

[1]) Revilliod. Revue méd. de la Suisse Romande p. 705. 1891.
[2]) Revilliod. Sur les données diagnostiques et pronostiques fournies par la quantité d'urée dans la périty phlite.—Soc. méd. des hôp. 9 avril. 1897.

количествахъ. Kobler [1]) обнаружилъ въ случаяхъ упорныхъ запоровъ и перитифлитовъ, въ томъ числѣ въ мочѣ, *цилиновые цилиндры, цилиндроиды, почечный эпителій, иногда также красныя и бѣлыя кровяныя тѣльца*, хотя во всѣхъ случаяхъ не было альбуминуріи. Форменные элементы исчезали изъ мочи вмѣстѣ съ прекращеніемъ запоровъ и съ наступленіемъ нормальнаго стула. Kobler полагаетъ, что почечныя разстройства при запорахъ, какъ и при острыхъ поносахъ, состоятъ въ быстро наступающихъ и вполнѣ востановляющихся измѣненіяхъ почечнаго эпителія, вызываемыхъ частью поглощеніемъ продуктовъ распада кишечнаго содержимаго (теорія English'a, объясняющая альбуминурію при ущемленныхъ грыжахъ), частью нервными рефлексами (болѣзненныя колики), вѣроятно, вазомоторной природы. Послѣднее предположеніе онъ подтверждаетъ тѣмъ наблюденіемъ, что при перитифлитахъ, параллельно съ припадками болей, наступала преходящая цилиндрурія безъ альбуминуріи.

Въ зависимости отъ кишечной дѣятельности наблюдается иногда при перитифлитахъ *ацетонурія* (Nothnagel).

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ до операціи, а чаще вскорѣ послѣ операціи съ опорожненіемъ гнойника черезъ здоровую брюшную полость или въ случаяхъ съ разлитымъ перитонитомъ мы обнаруживали въ мочѣ слѣды *желчныхъ пигментовъ* при легкой *желтушной окраскѣ* склеръ и кожныхъ покрововъ.

Желтуха при перитифлитѣ, какъ симптомъ энтерита, отмѣчается также Rand'омъ [2]), Roux и др. Dieulafoy же развитіе желтухи въ теченіе перитифлита объясняетъ *интоксикаціей* и такую желтуху отличаетъ отъ желтухи, развивающейся вслѣдствіе *инфекціонныхъ* заносовъ въ печень изъ перитифлитическаго очага.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, когда воспалительный процессъ находится въ близкомъ отношеніи къ mm. psoas, iliacus или нервному пучку, наблюдается *сведеніе и приведеніе праваго бедра въ тазобедренномъ* суставѣ, болѣзненность пассивныхъ и активныхъ движеній нижней конечности.

Общее состояніе больныхъ въ теченіе перитифлита при ограниченныхъ процессахъ бываетъ мало или совсѣмъ не нарушено. Въ начальныхъ же стадіяхъ, съ бурнымъ началомъ, оно значительно страдаетъ, доходя иногда до явленій *шока* и *коллапса*, какъ напр.

[1]) Kobler. Ueber Nierenerscheinungen bei Obstipatio und Darmkoliken Wiener klin. Wochenschrift. № 2. 1890.
[2]) Rand. Brookl. med. Journ. V. 1891.

въ случ. № 26 тер. Такія разстройства, однако, продолжаются недолго, если только процессъ не приметъ тяжелаго теченія перитонитическаго или піэмическаго характера

Страдальческое выраженіе лица съ нѣкоторымъ даже отпечаткомъ *перитонеальнаго*, съ впавшими глазами и т. д., наблюдается довольно часто при перитифлитахъ въ начальныхъ стадіяхъ, и тогда, при нелокализовавшихся еще боляхъ и болѣзненности живота, легко принять здѣсь общій перитонитъ, хотя другія явленія хорошаго общаго состоянія (пульсъ, дыханіе и т. п.) и быстрый поворотъ къ лучшему предохраняютъ отъ ошибки.

Симптомы различныхъ формъ разлитыхъ перитонитовъ, какъ въ общемъ своемъ комплексѣ, такъ и въ отдѣльности, отличаются другъ отъ друга по преимуществу лишь степенью своей интенсивности, находящеюся въ соотвѣтствіи со степенью вирулентности инфекціи, имѣющейся при той или другой формѣ перитонита.

Боль живота.—Мы говорили уже, что боль всего живота наблюдается еще въ начальныхъ стадіяхъ ограниченнаго перитифлита, что дало поводъ Roux, Talamon'y и др. предполагать, что инфекція вначалѣ распространяется по всей брюшной полости, но благодаря незначительности ея въ количественномъ отношеніи удерживается здѣсь не долго.

Боль живота при различныхъ перитифлитическихъ перитонитахъ достигаетъ крайней степени своей интенсивности благодаря тому, что инфекціонный матеріалъ черезъ прободное ли отверстіе червеобразнаго отростка или черезъ прободеніе перитифлитическаго гнойника распространяется въ большомъ количествѣ по всей или большей части брюшной полости, заражая ее и тѣмъ раздражая громадное количество нервныхъ волоконъ. Боли бываютъ настолько жестоки, что больные падаютъ въ обморокъ, если прободеніе застигло ихъ внѣ постели. Только въ рѣдкихъ случаяхъ паисильнѣйшей инфекціи или, вѣрнѣе, интоксикаціи бактеріальными продуктами, когда летальный исходъ наступаетъ раньше, чѣмъ успѣетъ развиться перитонитъ въ патолого-анатомическомъ смыслѣ, боли отсутствуютъ.

Съ дальнѣйшимъ теченіемъ перитонита боль усиливается, стихая sub finem, или подъ вліяніемъ narcotica, а также съ развитіемъ экссудата или метеоризма кишекъ.—По характеру своему боль постоянная, обостряющаяся при малѣйшемъ прикосновеніи къ животу

или при движеніи больного; поэтому больные принимаютъ неподвижное положеніе на спинѣ съ согнутыми бедрами, производя отъ сильныхъ болей безпрерывныя движенія руками или вращая голову изъ стороны въ сторону. Кашлевыя движенія, рвота, чиханіе вызываютъ нестерпимыя боли. Нѣкоторые больные, наоборотъ, ищутъ себѣ успокоенія и облегченіе, безпрерывно ворочаясь въ постели, стремительно перемѣняя одно положеніе на другое.

Какъ при ограниченномъ перитифлитѣ боли часто носятъ характеръ спазмотическихъ, коликообразныхъ, такъ и при разлитыхъ—на фонѣ постоянныхъ болей появляется время отъ времени обострѣніе ихъ, также сходное съ коликами. Причина этихъ обостреній и здѣсь лежитъ въ кишечныхъ перистальтическихъ движеніяхъ, вызывающихъ еще большее раздраженіе нервовъ.

Болѣзненность при давленіи охватываетъ весь животъ; хотя въ нѣкоторыхъ случаяхъ мѣсто прободенія—правая подвздошная область—можетъ быть наиболѣе чувствительно сравнительно съ остальными частями живота, но въ большинствѣ случаевъ въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни болѣзненность распространяется по всему животу: спереди, сбоку и даже въ нижнихъ частяхъ грудной клѣтки.

Рвота одинъ изъ раннихъ симптомовъ общаго перитонита и, въ противоположность рвотѣ при ограниченномъ перитифлитѣ, она становится тутъ очень частою и продолжается все время, а подъ конецъ, при вздутомъ животѣ, превращается какъ бы въ постоянную отрыжку, совершающуюся безъ всякаго напряженія. Рвотныя массы состоятъ сначала изъ желудочнаго содержимаго, а затѣмъ бываютъ жидкія, слизистыя, желтовато-зеленаго цвѣта: *vomitus herbaceus*—прежнихъ авторовъ; съ развитіемъ ileus paralyticus рвота становится *каловой*.

Съ самаго начала развитія перитонита и до конца рвота вызывается каждый разъ малѣйшими пріемами пищи, жидкости, лекарства, что указываетъ на то, что она вызывается, помимо рефлексовъ со стороны брюшной полости, также и раздраженіемъ желудочныхъ нервовъ.

Икота также весьма частое явленіе при перитонитахъ, въ особенности sub finem, когда она даже какъ бы вытѣсняетъ рвоту. Въ появленіи ея усматриваютъ худое предзнаменованіе и не безъ основанія, ибо она вызывается раздраженіемъ грудобрюшной преграды распространившимся въ поддіафрагмальное пространство перитонитомъ, превратившимся, стало быть, буквально въ универсальный (peritonitis universalis s. totalis) и не оставившимъ ни одного закоулка

брюшной полости не пораженнымъ. Но помимо рефлекторнаго раздраженія грудобрюшной преграды икота вызывается также и раздраженіемъ n. phrenici, отдающаго чувствительные нервы и для брюшины (Schwalbe, Henle).

Отравленія кишечника при общемъ перитонитѣ перитифлитическаго происхожденія отличаются *задержкой испражненій* въ противоположность послѣродовымъ перитонитамъ, при которыхъ, наоборотъ, чаще наблюдаются поносы. Изъ нашихъ случаевъ общаго перитонита запоръ отмѣченъ въ 12 случ. (№№ 17, 18, 37 и 56 тер. и №№ 29, 36, 41, 46, 47, 53, 55 и 57 хир.), запоръ и поносъ въ 1 случ. (№ 8 тер.), ничего не отмѣчено въ 5 случ. (№№ 11, 20 60 тер. и 40 и 67 хир.) и поносъ въ 6 случ. (№№ 7, 10, 40, 63 тер. и 1 и 66 хир), но въ случ. № 40 былъ тифъ, а въ случ. № 63 кромѣ заболѣванія червеобразнаго отростка имѣлось также и послѣродовое заболѣваніе. Запоры при перитифлитахъ отличаются необыкновеннымъ упорствомъ, такъ что въ нѣкоторыхъ случаяхъ не удается вызвать не только стула, но и отхожденія вѣтровъ, ни повторными высокими клизмами, ни слабительными, что объясняется наступившимъ параличемъ кишекъ, который, вѣдь, кромѣ того, къ вздутію кишечника, даетъ картину внутренняго ущемленія.

Парезъ кишечника вызывается помимо воспалительнаго пропитыванія кишечной стѣнки, именно его мышечнаго слоя, также *рефлекторно*, путемъ раздраженія нервовъ, задерживающихъ перистальтическія сокращенія; поэтому то парезъ кишечника наблюдается иногда въ весьма раннie періоды очень острыхъ случаевъ, когда еще не могло произойти анатомическихъ измѣненій брюшины. Возможно также и *токсическое*, парализующее мышцы дѣйствіе бактерійныхъ продуктовъ. Съ наступленіемъ же пареза начинаютъ скопляться въ кишечникѣ газы, которые растягиваютъ его и тѣмъ болѣе еще способствуютъ разслабленію мышечнаго аппарата, такъ что при наступленіи полнаго пареза кишечника на всемъ или значительномъ его протяженіи развивается картина *ileus paralyticus*.

Скопленіе газовъ ведетъ къ *метеоризму*, могущему къ концу жизни достигнуть крайнихъ предѣловъ, такъ что животъ становится бочковидно вздутымъ. Однако, въ начальныхъ стадіяхъ прободного перитонита, а иногда и въ теченіи всей болѣзни до смерти или до другого исхода, вздутіе живота не наблюдается, а даже, наоборотъ, брюшныя мышцы бываютъ до крайности напряжены и на ощупь тверды какъ доска. *Сокращеніе мышцъ*, иногда ихъ тетанусъ, вызывается раздраженіемъ большой поверхности брюшины и часто держится

очень долго, такъ что въ этихъ случаяхъ кашки, перешедшія изъ стадіи сокращенія въ стадію разслабленія и раздуваемыя скопляющимися газами, не въ состояніе преодолѣть сопротивленія (сократившихся) брюшныхъ мышцъ и ищутъ себѣ мѣста, поднимая вверхъ грудобрюшную преграду. Благодаря этому наступаютъ явленія затрудненнаго дыханія, а животъ остается невздутымъ, плоскимъ, даже иногда ладьевидно втянутымъ.

Поносы, наблюдаемые въ нѣкоторыхъ, очень рѣдкихъ, случаяхъ разлитыхъ перитонитовъ, объясняются или усиленной перистальтикой, какъ дальнѣйшемъ слѣдствіемъ рефлекторнаго раздраженія, или дѣйствіемъ септическихъ токсиновъ, почему, напр., послѣродовые перитониты, какъ преимущественно септические, очень часто сопровождаются не запорами, а поносами.

Со стороны *мочевого пузыря* также наблюдаются вначалѣ явленія раздраженія, а затѣмъ—пареза. Вначалѣ, вслѣдствіе раздраженія брюшины, одѣвающей мочевой пузырь, наступаютъ *частые позывы къ мочеиспусканію*, сопровождающемуся весьма сильными болями, вслѣдствіе новаго, вызываемаго сокращеніемъ мочевого пузыря, механическаго раздраженія воспаленнаго брюшиннаго покрова. Впослѣдствіи, при продолжающемся раздраженіи брюшины, наступаетъ парезъ мышцъ пузыря и слѣдовательно *задержка мочи*. Въ особенности часты явленія со стороны мочевого пузыря при тазовыхъ перитифлитахъ, когда процессъ разыгрывается вблизи пузыря. По мнѣнію нѣкоторыхъ авторовъ (Karewski[1]) симптомы со стороны мочевого пузыря имѣютъ хорошее прогностическое значеніе, такъ какъ они указываютъ на раньше бывшее аппендикулярное воспаленіе брюшины, протекшее подъ другими явленіями (appendicitis larvata) и оставившее склейки, которыя при новомъ приступѣ предохраняютъ брюшину отъ диффузнаго заражения.

Моча вслѣдствіе лихорадки и пониженнаго крованого давленія выдѣляется въ небольшомъ количествѣ и въ значительной концентраціи, а въ позднѣйшія стадіи отдѣленіе мочи совершенно прекращается. Иногда въ мочѣ опредѣляются небольшія количества бѣлка и ацетона и большія количества индикана. Нѣкоторые авторы, какъ напр., Nothnagel, считаетъ присутствіе индикана, и при томъ въ большихъ количествахъ, за постоянное, явленіе при острыхъ диффузныхъ перитонитахъ; Nothnagel даже говоритъ, что онъ

[1]) Karewski. Klinische Beiträge zu Perityphlitis.—Verhandl. der deutschen Gesellschaft für Chir. XXVIII Congress zu Berlin 1899.

едва ли рѣшился бы поставить діагнозъ острагo диффузнаго перитонита, если бы не оказалось индикана въ мочѣ. Дѣйствительно, при общихъ перитонитахъ мы констатировали индиканъ въ громадныхъ количествахъ, однако, не во всѣхъ случаяхъ. Такъ въ случ. № 53 хир. найдены вначалѣ только слѣды индикана, но въ дальнѣйшемъ теченіи количество индикана все увеличивалось, достигнувъ громадныхъ размѣровъ. Въ случаяхъ же № 51 хир. и № 56 тер. реакція Jaffe на индиканъ дала отрицательный результатъ.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, при общихъ перитонитахъ, мы констатировали въ мочѣ также слѣды желчныхъ пигментовъ (смотр. стр. 240).

Emminghaus [1]), въ тяжелыхъ случаяхъ, при гнилостномъ распадѣ экссудата, находилъ въ мочѣ кромѣ желчныхъ пигментовъ также *сѣрнистый водородъ*.

Температура при общихъ перитонитахъ перитифлитическаго происхожденія, бываетъ повышена почти исключительно только при легкой ихъ формѣ, именно нарастающей гнойно-фибринозной при остальныхъ же формахъ, она или слегка повышена, или близка къ нормѣ, или даже падаетъ ниже ея. Часто перитонитъ начинается тотчасъ послѣ прободенія очень высокой t^0 съ ознобомъ и затѣмъ t^0 быстро падаетъ, или же она поднимается высоко въ періодѣ агоніи, державшись предшествовавшее время на нормальной высотѣ.

Въ тѣхъ случаяхъ (преимущественно при нарастающихъ фибринозно-гнойныхъ перитонитахъ), когда t^0 въ теченіе болѣзни держится повышенной, она часто обнаруживаетъ ежедневныя колебанія съ разницей до 2^0 и больше градусовъ, между вечеромъ и утромъ или же обнаруживаетъ время отъ времени вспышки, сопровождаемыя ознобомъ и какъ бы показывающія, что воспаленіе брюшины захватываетъ новыя и новыя области брюшной полости. Вообще же лихорадка при перитифлитическихъ перитонитахъ не отличается значительной высотой, изрѣдка, да и то преимущественно въ началѣ (въ моментъ прободенія) и въ агональномъ періодахъ, поднимаясь до 40^0.

Въ нашихъ случаяхъ, не считая случаевъ съ осложненіями, повышенная t^0 въ теченіе перитонита наблюдалась *въ 6 случаяхъ* (№№ 7, 17 и 56 тер. и 1, 11 и 55 хир.):

[1]) Emminghaus. Zwei Fälle von mehrfacher Perforation des Verdauungsanals u. Schwefelwasserstoffgehalt im Urin.—Berl. Klin. Wochenschr. IX 40. 1872.

Въ случаяхъ №№ 7, 17 и 56 вначалѣ t^0 была на высотѣ 39,0—39,7, а затѣмъ черезъ 1—2 дня опустилась на 0,5—1.0 ниже. Въ случ. № 56 передъ смертью t^0 опять поднялась до 39,0.

Въ случ. №№ 1, 11 и 55 хир. t^0 давала очень большія колебанія: въ случ. № 1 37,1—39,8, а передъ смертью до 40 3; въ случ. № 11 37,5—39,7 и въ случ. № 55 36,5— 39,8.

Низкая же t^0 наблюдалась *въ 8 случаяхъ*—№№ 8, 10, 18 37, 60 тер. и 40, 41 и 67 хир.

Въ случ. № 8 тер. t^0 первые 3 дня была 38,6—38,7, а послѣдніе 2 дня 37.5.

Въ случ. № 10 t^0 колебалась между 36,5 и 37,9 и только разъ за 2 дня до смерти поднялась до 38,8.

Въ случ. № 18 t^0 колебалась между 35,9 и 37,2.

Въ случ. № 37 t^0 колебалась между 37,6 и 38,0.

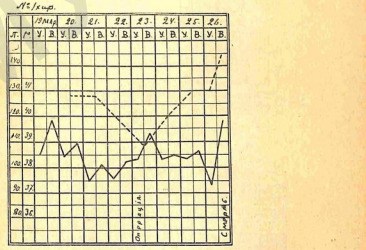
Въ случ. № 60 t^0 первый день была 38,9, а послѣдующіе дни колебалась между 36,5—38,0.

Въ случ. №№ 40 и 41 t^0 первый день была 38,0—38,4, а затѣмъ спустилась и держалась,[1] въ случ. № 40 ниже 37,0, въ № 41 не выше 37,5°, а въ случ. № 67 t^0 ни разу не поднималась выше 37,8.

Диффузные перитифлитическіе перитониты, вторичные и первичные, оказываютъ значительное вліяніе на *сердечную дѣятельность и на состояніе пульса* черезъ посредство *n. vagi*: именно, *пульсъ* въ этихъ случаяхъ бываетъ необыкновенно частымъ: въ 120—140, а въ агональномъ періодѣ въ 160—180 ударовъ въ минуту, низкій, малый, легко сдавливаемый, но при этомъ, однако, правильный; пульсъ представляется настолько характернымъ для перитонита, что прежніе авторы называли его *pulsus abdominalis*. Учащенность пульса при сохранившейся его правильности объясняется наступающимъ парезомъ или параличемъ n. vagi, которые наступаютъ или благодаря рефлекторному дѣйствію на брюшину внезапно излившейся въ брюшную полость черезъ прободное отверстіе инфекціонной жидкости, или же, благодаря раздраженію, вызываемому воспаленіемъ серознаго покрова, или, наконецъ, непосредственно парализуется центръ n. vagi всасываемыми изъ брюшной полости токсическими бактерійными продуктами (Nothnagel).

Эта особенность перитонитическаго пульса, его учащенность, рѣзко бросается въ глаза при одновременной низкой t^0, такъ что кривыя того и другой не только *не совпадаютъ*, а, наоборотъ, волны ихъ расходятся въ противоположныя стороны, т. е. когда

t^0 обнаруживаетъ склонность къ поднятію, учащенность пульса уменьшается. Такое *несовпаденіе* пульса и t^0 особенно нагляднo видно изъ прилагаемыхъ кривыхъ: въ случ. № 1 хир., волны кривыхъ t^0 и пульса за послѣднюю недѣлю идутъ не параллельно другъ другу, а расходятся и идутъ навстрѣчу, такъ что когда t^0 за эту недѣлю (исключая агональной стадіи) достигаетъ своего maximum'а (39,3°) 23/III, въ этотъ день учащенность пульса уменьшается до 108 (съ 128—130). Такая же противоположность кривыхъ хорошо выражена въ случаѣ № 60 тер.: кривая t^0 14/VI быстро падаетъ, кривая же пульса быстро поднимается,

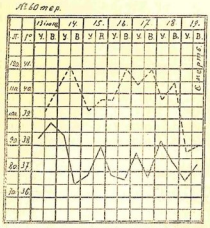


I.

№ 1. хир. Настасья Еф., кр., 25 л. Заболѣла 28 февр. 1892 г. Поступила въ больницу 3 марта. Операція 23 мар. Умерла 26 марта.

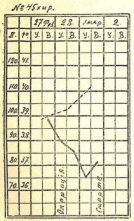
15/VI t^0 опять начинаетъ подниматься, пульсъ же по числу ударовъ падаетъ. 16/VI и 17/VI t^0 стоитъ ниже предшествовавшихъ дней, пульсъ же имѣетъ наибольшую учащенность. То же самое на кривыхъ случ. № 45 хир.

Учащенность пульса начинается или сразу, какъ это видно на кривыхъ случаевъ №№ 60 и 56 тер., или же болѣе или менѣе постепенно, какъ показываютъ, напр., кривыя случаевъ №№ 18 и 10 тер.:



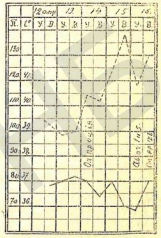
II.

№ 60. Прасковья Ан. Заболѣла 11 іюня 1898 г. Поступила въ больницу 13 іюня. Умерла 20 іюня.



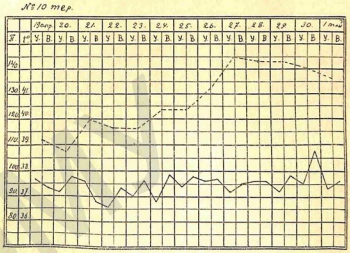
III.

№ 45 хир. Катерина К. 22 л. Заболѣла 17 февр. 1897 г. Поступила въ больницу 27 февр. Оперирована 28 февр. Умерла 1 марта.



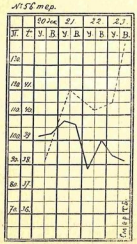
IV.

№ 18 тер. Марія Кум. 20 л. Заболѣла 9 апрѣля 1893 г. Поступила въ больницу 12 апр. Умерла 16 апр.



V.

№ 10 тер. Анна Ф. Заболѣла 6 апр. 1892 г. Поступила въ больницу 15 апрѣля. Умерла 2 мая.



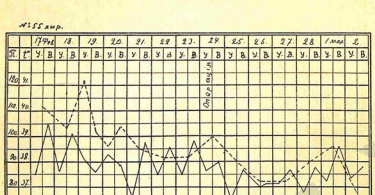
VI.

№ 56 тер. Екатерина К. 26 л. Заболѣла 19 дек. 1897 г. Поступила въ больницу 20 дек. Умерла 24 дек.

Въ агональномъ періодѣ частота пульса большею частью увеличивается (кривыя случаевъ №№ 1 хир., 18 и 56 тер.), или же, наоборотъ, уменьшается.

Это несовпаденіе t^0 и пульса, указывающее на тяжесть болѣзни, является однимъ изъ дурныхъ прогностическихъ признаковъ.

При болѣе легкихъ формахъ диффузнаго перитонита — наростающихъ фибринозно-гнойныхъ—такой нарушенности соотвѣтствія t^0 и пульса не наблюдается, кривыя той и другого сохраняютъ въ общемъ параллелизмъ, какъ видно по кривой случ. № 55 хир.



VII.

№ 55 хир. Авдотья К. 28 л. Заболѣла 10 февр. 1897 г. Поступила въ больницу 17 февр. Оперирована 24 февр. и 29 марта.

Дыханіе при диффузныхъ перитонитахъ въ первое время изъ за сильнѣйшихъ болей живота—поверхностное, учащенное и обрывистое, въ послѣдующіе періоды съ развитіемъ метеоризма уже диспноическое.

Общее тяжелое состояніе больныхъ при различныхъ перитонитахъ особенно рѣзко и характерно проявляется въ *выраженіи лица* (*facies hyppocratica*, *s. abdominalis s. peritonealis*): лицо осунувшееся, часто покрытое холоднымъ липкимъ потомъ, глаза впалые и окаймленные синевой; носъ заостренный, холодный; губы

сухія, покрытыя сухими корками; языкъ сухой, красный, лоснящійся съ мелкими трещинами или покрытый грязнымъ, толстымъ, сухимъ налетомъ, голосъ слабый, сиплый; дыханіе короткое и частое, диспноическое, пульсъ малый, едва прощупываемый и частый, частая или почти постоянная рвота, а подъ конецъ икота и срыгиваніе; конечности синюшныя и холодныя; положеніе больныхъ на постели неподвижное, съ полусогнутыми бедрами, которыя они поднимаютъ тотчасъ же, какъ только ихъ опустятъ.

Въ противоположность тяжелому состоянію самочувствіе больныхъ подъ конецъ улучшается, переходя въ настоящую euphoriʼю: стоны прекращаются, никакихъ жалобъ на боли не слышно; больные считаютъ себя здоровыми, просятся на выписку; не причиняетъ имъ никакихъ болей почти постоянная рвота, которую они производятъ безъ малѣйшаго измѣненія въ лицѣ, даже едва повернувъ въ сторону голову. Однако, сознаніе только въ рѣдкихъ случаяхъ бываетъ настолько глубоко разстроено, что появляется, бредъ, sopor и coma. Большею же частью, больные лежатъ въ полузабытіи и безучастно, но на обращаемые къ нимъ вопросы даютъ соотвѣтствующіе отвѣты.

Эти психическія явленія порождаются по преимуществу дѣйствіемъ на мозгъ бактеріяныхъ токсиновъ, поглощаемыхъ организмомъ, хотя при упадкѣ сердечной дѣятельности имѣетъ здѣсь значеніе также наступающіе анэмія и отекъ мозга.

Глава III.

Діагнозъ.

По изложеннымъ симптомамъ мы видимъ, что діагнозъ перитифлита въ громадномъ большинствѣ случаевъ не представляетъ большихъ трудностей, подобно тому, какъ діагнозъ крупозной пневмоніи, по сравненію Talamonʼа. Какъ кардинальные признаки должны быть выставлены: *болѣзненность и боли въ правой подвздошной ямкѣ, опухоль или по крайней мѣрѣ резистентность тамъ же*, затѣмъ *болѣе или менѣе острое начало, лихорадка, рвота* и *запоръ* и, наконецъ, другіе менѣе часто встрѣчающіеся

признаки: *вздутіе живота, явленіе раздраженія мочевого пузыря* и т. д.

Во главѣ кардинальныхъ признаковъ должна быть поставлена *болѣзненность* живота въ соотвѣтствующемъ мѣстѣ т. е. обычно въ Mc. Burney'евской точкѣ, названной по имени автора [1]), впервые обратившаго на нее вниманіе; эта точка лежитъ на 4—5 снтм. кнутри отъ sp. ant. sup. по линіи, соединяющей послѣднюю съ пупкомъ, или же на мѣстѣ скрещенія названной линіи и наружнаго края прямой мышцы живота. Она соотвѣтствуетъ основанію червеобразнаго отростка.

Въ первые часы болѣзни болѣзненность живота носитъ еще диффузный характеръ и ощупываніе живота по первому впечатлѣнію всюду болѣзненно, болѣе же внимательная пальпація наталкивается на названную точку, гдѣ болѣзненность достигаетъ наивысшей интенсивности и удерживается до конца болѣзни, когда уже миновали всѣ другіе признаки; только въ весьма тяжелыхъ и рѣдкихъ случаяхъ болѣзненность можетъ отсутствовать вслѣдствіе отравленія тканей токсинами (Renvers).

Весьма важное значеніе въ практическомъ отношеніи имѣетъ распознаваніе *природы перитифлитической опухоли*, именно, распознаваніе въ составѣ ея *гноя*.

Мы уже разбирали вопросъ о гнойной природѣ перитифлитической опухоли вообще, здѣсь разсмотримъ признаки перитифлитическихъ гнойниковъ болѣе или менѣе замѣтныхъ размѣровъ. Признаки эти раздаются на двѣ группы: *мѣстные* и *общіе*.

Мѣстные признаки рѣзко выражены только въ запущенныхъ случаяхъ съ образованіемъ большихъ гнойниковъ: правая подвздошная область замѣтно выдается уже на глазъ, ощупываніе болѣзненно, получается зыбленіе, кожа покраснѣла и отечна, перкуторный тонъ тупой. Такіе случаи, по крайней мѣрѣ, въ настоящее время, встрѣчаются рѣдко.

Меньше всего при мѣстномъ изслѣдованіи можно разсчитывать на констатированіе зыбленія: перитифлитическій гнойникъ лежитъ въ глубинѣ, окруженный слѣпой кишкой и петлями тонкой кишки. Реакція же со стороны кожи брюшной стѣнки наблюдается еще и раньше, даже, когда гнойникъ еще не приблизился къ передней брюшной стѣнкѣ.

[1]) Mc. Burney C. Experience with early interference in case of disease of the vermiform appendix.—New-York med. Journal L. p. 676. 1889.

Roux придаетъ большое значеніе мѣстному изслѣдованію *перкуссіей и пальпаціей*; онъ исходитъ изъ того положенія, что слѣпая кишка рано принимаетъ участіе въ воспалительномъ процессѣ при образованіи гнойника: стѣнки ея инфильтрируются, становятся болѣе плотными и поэтому даютъ при перкуссіи притупленіе и ощущеніе при пальпаціи d'un cylindre de cardon très mou et trempé dans l'eau chaude. Онъ увѣряетъ, что разъ прощупывается стѣнка слѣпой кишки, можно быть увѣреннымъ, что имѣется гнойникъ.

Вообще же перкуторныя явленія, какъ распознавательные признаки, не имѣютъ въ этомъ отношеніи большого значенія: при переполненіи кишечника въ этомъ мѣстѣ можетъ получиться рѣзко притупленный тонъ, а гнойникъ или отсутствовать, или имѣть весьма незначительные размѣры, и, наоборотъ, при положеніи гнойника подъ слѣпой кишкой или вообще подъ кишечникомъ, получается рѣзко тимпаническій тонъ.

Naumann [1]) сообщаетъ, что при поперемѣнномъ давленіи на подвздошно-слѣпую или поясничную область возникаетъ «плещущій звукъ» происходящій отъ того, что газы продавливаются черезъ гной, и не имѣющій сходства съ урчаніемъ, съ которымъ газы передвигаются черезъ кишку. Naumann этому симптому придаетъ патогномонистическое значеніе: опираясь будто бы на этотъ признакъ, онъ въ нѣсколькихъ сомнительныхъ случаяхъ рановременно и удачно оперировалъ. Намъ удалось получить подобное явленіе только въ одномъ случаѣ — (№ 64 хир.). Здѣсь имѣлась большая перитифлитическая опухоль со всѣми признаками скопленія гноя. При пальпаціи получался весьма громкій и своеобразный шумъ, плескъ, похожій на описываемый Naumann'омъ. Больная долго отказывалась отъ операціи и плескъ съ каждымъ днемъ все увеличивался въ интенсивности.

Въ остальныхъ случаяхъ мы также пытались воспроизвести это явленіе, но каждый разъ неудачно. Наоборотъ, съ паденіемъ t^0, тотчасъ послѣ перваго стула или нездолго до него, мы почти каждый разъ получали при надавливаніи на подвздошно-слѣпую область *gargouillement*, что, намъ кажется, слѣдуетъ объяснить исчезновеніемъ пареза стѣнокъ слѣпой кишки и легко вызываемой при надавливаніи перистальтикой, передвигающей кишечное содер-

[1]) G. Naumann. (Helsingfors) Hygiea. — Nov. 1891. Реф. St. Petersburger med. Wochenschr. 1892. стр. 175.

жимое, вмѣстѣ съ газами скопившееся отъ предыдущаго періода. На это явленіе обратилъ вниманіе также Cohen [1]), дающій ему такое же объясненіе.

Признакъ Naumann'a не подтвержденъ и другими авторами. Borchardt приводитъ даже случай, гдѣ этотъ признакъ констатировался, на операціи же гноя не найдено. Въ нашемъ же случаѣ, однако, оказался, какъ и предполагалось, громадный гнойникъ.

При отсутствіи мѣстныхъ признаковъ, позволяющихъ увѣренно заключить о присутствіи или отсутствіи гноя, не такъ давно было общепринято прибѣгать къ *пробной пункціи* черезъ брюшную стѣнку. Вскорѣ, однако, она стала отвергаться все болѣе и болѣе, какъ небезопасная и не дающая прямыхъ результатовъ, по которымъ можно было бы сдѣлать безошибочные выводы, такъ что въ настоящее время въ защиту ея выступаютъ немногіе, по преимуществу терапевты и изрѣдка хирурги.

Защитники (v. Leyden, Graser, Fürbringer и др.) пробной пункціи выставляютъ ту ея выгоду, что при положительныхъ результатахъ она даетъ безошибочный діагнозъ гнойника и широкое извлеченіе гноя дѣйствуетъ убѣдительнѣе всѣхъ словъ на больного, склоняя его на операцію (R. F. Weir [2]).

Противъ этихъ соображеній Roux, Sonnenburg, Fowler, Talamon, Karewski и много др. выставили тѣ существенныя возраженія, что пробная пункція при отрицательныхъ результатахъ оставляетъ вопросъ о присутствіи гноя нерѣшеннымъ, а что касается возлагаемой на нее убѣдительности для больного, то послѣдній, въ случаѣ неудачи ея, еще упорнѣе останется при своемъ отказѣ (да и врачъ невольно впадаетъ въ заблужденіе). Помимо своей безполезности пробная пункція представляетъ и много опаснаго. Въ рѣдкихъ случаяхъ она даетъ съ одного пріема удовлетворительный результатъ, приходится дѣлать повторные и глубокіе уколы въ поискахъ за гнойникомъ, что весьма мучительно для больныхъ. Если уколы кишечника тонкой иглой и не представляютъ сами по себѣ опасности, то иглой, загрязненной гноемъ или кишечнымъ содержимымъ, можно занести инфекцію въ здоровую брюшную полость, къ тому же вблизи гнойника весьма предрасположенную къ зараженію. При глубокихъ уколахъ можно поранить крупные сосуды и даже мочеточники.

[1]) Cohen. Bemerkungen über Perityphlitis. Deut. med. Wochenschr. 1896.
[2]) Weir. R. F. Laparotomfory perforation of the appendix vermif. fifteen hours after the onset of the acute symptoms; recovery.—New-York med. Journ. 1889.

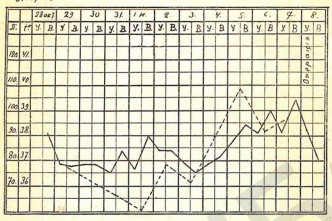
Въ недавнее время Körte [1]) вновь выступилъ съ горячей защитой пробныхъ пункцій: «какъ показали сотни случаевъ, пробная пункція, произведенная осторожно, абсолютно неопасна; какъ при каждомъ методѣ требуется и здѣсь опытъ и терпѣніе; если первая пункція осталась безъ результата, то производятъ вторую и даже третью. Слѣдуетъ употреблять длинныя, но не слишкомъ толстыя иглы, при нѣкоторомъ навыкѣ ими ощущаемъ какъ удлиненнымъ пальцемъ». За пробныя пункціи высказывается также и Nothnagel, выставляя то соображеніе противъ ихъ опасности, что если пункціей не получено гноя, то и опасности занесенія инфекціи нѣтъ, если же извлеченъ гной, то за пункціей тотчасъ должна слѣдовать операція, ради показаній къ которой и производилась пункція. Merthens [2]), ученикъ Sonnenburg'a, рекомендуетъ производить пробный проколъ по раздѣлѣ брюшныхъ стѣнокъ передъ вскрытіемъ брюшины. A. Fränkel [3]) совѣтуетъ предварительно до пункціи убѣдиться перкуссіей, не предлежатъ ли кишки между брюшною стѣнкою и опухолью.

Намъ ни разу не пришлось ни наблюдать, ни производить самимъ пробныхъ пункцій черезъ брюшныя стѣнки, но мы наблюдали ихъ послѣ предварительныхъ разрѣзовъ брюшной стѣнки вплоть до брюшины и часто видѣли, въ какое затруднительное положеніе ставятъ онѣ при отрицательныхъ результатахъ, тогда какъ всѣ другіе признаки указываютъ на присутствіе гноя. Если даже признать ихъ безопасность при принятыхъ къ тому мѣрахъ, (требуется, однако, большой опытъ и навыкъ) то, намъ кажется, онѣ не имѣютъ за собою raison d'être, будучи излишними: или смѣло къ перитифлитическому гнойнику черезъ здоровую брюшную полость и опорожняя его при защитѣ послѣдней отъ зараженія отграничивающими тампонами (см. ниже), находишься въ болѣе счастливомъ положеніи, чтобы разыскать гнойникъ, и поэтому не чувствуешь необходимости въ помощи пробныхъ пункцій. Если же всѣ другіе признаки гнойника и окажутся обманчивыми, и на операціи гнойника не окажется, то всетаки она останется небезцѣльной, такъ какъ будетъ удаленъ червеобразный отростокъ, въ заболѣваніи котораго въ соотвѣтствующемъ случаѣ не можетъ быть сомнѣнія.

[1]) См. у Borchardt'a.
[2]) Merthens. Ueber allg. Peritonitis nach Appendicitis.—Mitt. aus d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. VII. H. 4 u. 5. 1901.
[3]) Fraenkel, A. Ueber die Folgen der Perforation des Proc. vermif. u. deren Behandlung.—Deutsche med. Wochenschr. № 4. 1891.

Общіе признаки, указывающіе на образованіе или, выражаясь точнѣе, на ростъ перитифлитическаго гнойника, сказываются главнымъ образомъ *въ состояніи* t^0.

Если лихорадка, безразлично, постояннаго ли, ремитирующаго или интермитирующаго типа, продолжаетъ держаться въ теченіе нѣсколькихъ дней отъ начала болѣзни и не обнаруживаетъ склонности къ паденію, а тѣмъ болѣе, когда она поднимается, то безошибочно можно заключить, что воспалительный процессъ продолжается и переходитъ въ нагноительный, увеличеніе опухоли и болѣзненности тѣмъ болѣе подтверждаютъ діагнозъ. Скопленіе гноя можетъ возобновиться также и въ періодѣ обратнаго теченія воспалительнаго процесса, когда t^0 спала до нормы или идетъ на пониженіе; новыя повышенія t^0 указываютъ на обострѣніе процесса. Соотвѣтственно измѣненію t^0 измѣняется также пульсъ и *общее состояніе*.

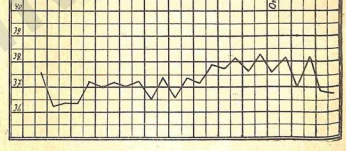


VIII.

№ 17 хир. Матрена П. 32 л., заболѣла 25 окт. 1894 г. Поступила въ больницу 28 окт. Операр. 8 ноября; выписалась 10 дек.

Если, однако, состояніе t^0 и оказываетъ существенную помощь въ дѣлѣ распознаванія, то только купно съ мѣстными явленіями, такъ что по однимъ колебаніямъ t^0 нельзя еще дѣлать окончательныхъ выводовъ, ибо извѣстны случаи, гдѣ приходится дѣлать исключенія изъ только что изложенныхъ общихъ положеній относительно діагностическаго значенія t^0.

Такъ, ростъ гнойника можетъ совершаться при нормальной или едва повышенной t^0 и при общемъ хорошемъ состояніи. Причина тому лежитъ или въ незначительной вирулентности инфекціи, не вліяющей на весь организмъ, или же въ обособленности гнойника, благодаря окружающимъ его склейкамъ и плохой всасываемости въ кровь токсиновъ инфекціи, вообще, въ тѣхъ же условіяхъ, какія имѣютъ мѣсто при холодныхъ нарывахъ, постепенно растущихъ, часто безъ вліянія на t^0 и на общее состояніе.



IX.

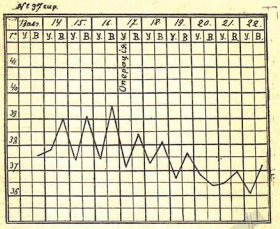
№ 61 хир. Анна Д. 21 г. Заболѣла 6 дек. 1898 г. Поступила въ больницу 16 дек. Оперирована 26 дек.; выписалась 21 февр. 1899 г.

Мало того, перитифлитическіе гнойники могутъ увеличиваться въ размѣрахъ въ то время, когда t^0 обнаруживаетъ склонность къ паденію. Объяснить это явленіе можно или тѣмъ, что болѣе рѣзкая реакція со стороны организма въ первое время вызвана дѣйствіемъ инфекціи на большую часть брюшной полости, затѣмъ процессъ ограничился и, дѣйствуя на меньшую долю организма, вызываетъ и меньшую реакцію; или же тѣмъ, что вначалѣ дѣйствовали болѣе вирулентные микробы, погибшіе и уступившіе свое мѣсто менѣе вирулентнымъ; множественность инфекціи перитифлитовъ дѣлаетъ такое предположеніе весьма вѣроятнымъ; или, нако-

нецъ, гной находитъ себѣ исходъ наружу—въ кишечникъ, чрезъ первоначальное ли мѣсто прободенія или черезъ новое, но опорожняется въ не достаточной степени.

Какъ образцы *различныхъ типовъ температуры, при которыхъ операціей установлено присутствіе гноя*, мы приведемъ кривыя слѣдующихъ случаевъ:

1) t^0 *постепенно повышающаяся*—въ случаяхъ №№ 17, 61 и 37 хир.:



X.

№ 37 хир. Дарья П. 39 лѣтъ. Заболѣла 6 августа 1896 г. Поступила въ больницу 13 августа. Оперирована 17 августа. Выписалась 17 октября.

Кривая случая № 37 представляетъ кромѣ того еще ту особенность, что повышеніе t^0 происходило при большихъ размахахъ съ ремиссіей между вечерней и утренней t^0 до 2^0.

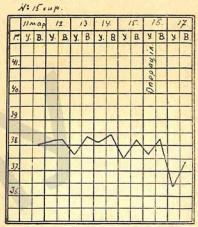
Типъ постепенно повышающейся t^0 отмѣченъ среди нашего матеріала *въ 10 случ.* (№№ 5, 14, 17, 21, 23, 37, 57, 61, 62 и 63).

2) t^0 *постоянно повышенная*—въ случаяхъ №№ 15, 30 и 55:

Въ случаѣ № 15 t^0 держалась на высотѣ $38,3^0$, $38,2^0$.

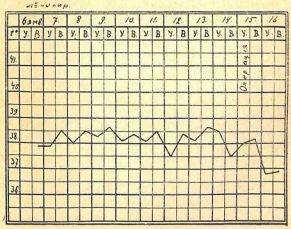
Въ случаѣ № 30 t^0 держалась на высотѣ $38,7—38,5^0$.

Въ случаѣ № 55 (кривую см. стр. 250) t^0 послѣ кратковременнаго поднятія держалась на одной высотѣ до $38,7^0$, давая утреннія ремиссіи до 1^0.



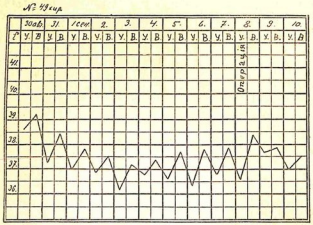
XI.

№ 15 хир. Анна П. 27 лѣтъ. Заболѣла 29 марта 1894 г. Поступила въ больницу 11 апр. Оперирована 16 апр. Выписалась 18 мая.



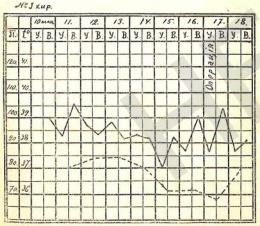
XII.

№ 30 хир. Евдокія П. 30 л. Заболѣла 24 дек. 1895 г. Поступила въ больницу 7 янв. 1896 г. Оперирована 15 янв. Выписалась 5 марта.



XIII.

№ 49 хир. Федосья Н. 37 л. Заболѣла 20 авг. 1897 г. Поступила въ больницу 30 августа. Оперирована 8 сент.



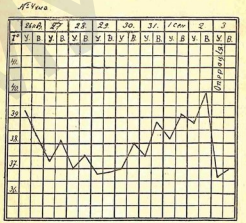
XIV.

№ 3 хир. Анна К. 26 л. Заболѣла 8 мая 1892 г. Поступила въ больницу 11 мая. Оперирована 17 мая. Выписалась 3 авг.

Типъ постоянно повышенной t^0 отмѣченъ въ 6 случаяхъ (№№ 6, 7, 15, 30, 55 и 58).

3) t^0 *вновь поднимающаяся послѣ болѣе или менѣе продолжительнаю паденія или апирексіи*—въ случаяхъ №№ 49, 3 и 4:

Въ случаѣ № 49 безлихорадочное состояніе продолжалось 3 дня и затѣмъ t^0 стала постепенно подниматься по 0,2—0,3 въ день, достигнувъ на 4-й день до 38,3°.



XV.

№ 4 хир. Екатерина Ст., 56 л. Заболѣла 25-го авг. 1892 г. Поступила въ больницу 26-го авг. Оперирована 3-го сент. Выписалась 27-го октября.

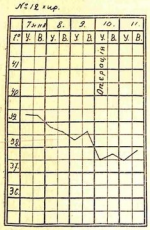
Въ случаѣ № 3 t^0 довольно быстро опускалась ежедневно, остановилась утромъ 6-го дня на 37°, а затѣмъ съ большими размахами поднялась до 39,5:

Въ случаѣ № 4 —t^0 послѣ паденія 2 дня была нормальной, а затѣмъ начала быстро подниматься, дойдя на 4-й день до 40°.

Случаевъ съ t^0 этого типа имѣлось 6 (№№ 3, 4, 48, 42, 64 и 69).

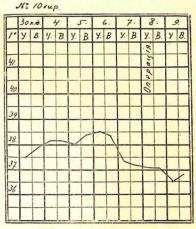
4) t^0 *постепенно понижающаяся*—въ случаяхъ №№ 12, 10 и 59:

Въ случаѣ № 12—t^0 постепенно опустилась почти до нормы къ утру въ день операціи.



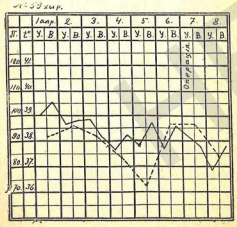
XVI.

№ 12 хир. Марія Ол. 19 л. Заболѣла 24-го дек. 1893 г. Поступила въ больницу 7-го янв. 1894 г. Оперирована 10-го янв. Выписалась 23-го февраля.



XVII.

№ 10 хир. Варвара М. 49 л. Заболѣла 18-го сент. 1895 г. Поступила въ больницу 8-го сент. Оперирована 8-го окт. Выписалась 9-го ноября



XVIII.

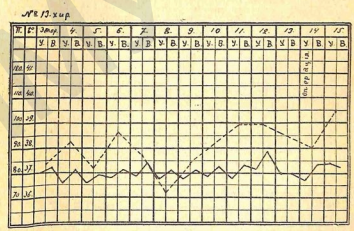
№ 59 хир. Анна Г. 27 л. Заболѣла 29-го марта 1898 г. Поступила въ больницу 1-го апрѣля. Оперирована 7 апр. Выписалась 25-го іюня.

Въ случаѣ № 10—t^0 довольно долго все повышалась, затѣмъ начала опускаться и уже за день до операціи была нормальной.

Въ случаѣ № 59—t^0 до дня операціи держалась повышенной, но она спустилась съ первоначальнаго градуса въ 39,5° до 38,5 наканунѣ операціи.

Типъ постепенно понижающейся t^0 отмѣченъ у насъ въ 9 случаяхъ (№№ 9, 10, 12, 16, 18, 25, 33, 35 и 59).

5) t^0 *постоянно нормальная или подлихорадочная* въ случаяхъ №№ 13. 19 и 50.



XIX.

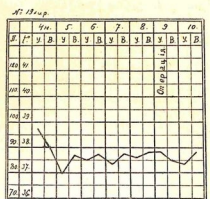
№ 13 хир. Анна Ив. 17 л. Заболѣла въ ноябрѣ 1893 г. Поступила въ больницу 27-го янв. 1894 г. Оперирована 14-го марта. Выписалась 28-го апрѣля.

Случай № 13 находился подъ наблюденіемъ до операціи болѣе $1^1/_2$ мѣс., за это время t^0 изрѣдка поднималась до 37,5°—37,6° и затѣмъ за 2 дня до операціи до 37,9°.

Въ случаѣ № 19—t^0 послѣ первоначальнаго однодневнаго повышенія до 38,8° сразу спустилась до нормы и все время въ теченіе 4-хъ дней до операціи держалась въ предѣлахъ 37,4°—37,8°.

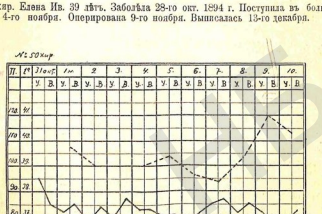
Въ случаѣ № 50—t^0 также съ первоначально однодневно повышенной до 38,4° спустилась до нормы и держалась до операціи въ теченіе 8 дней въ предѣлахъ 36,8°—37,6°.

Типъ постоянно нормальной или подлихорадочной t^0 отмѣченъ въ 4-хъ случаяхъ (№№ 11, 13, 19 и 50).



XX.

№ 19 хир. Елена Ив. 39 лѣтъ. Заболѣла 28-го окт. 1894 г. Поступила въ больницу 4-го ноября. Оперирована 9-го ноября. Выписалась 15-го декабря.



XXI.

№ 50 хир. Елизавета С. 64 л. Заболѣла 27-го окт. 1897 г. Поступила въ больницу 1-го ноября. Оперирована 9-го ноября. Выписалась 10-го февр. 1898 г.

Остальные 36 случаевъ, какъ оперированные на 1—3-й день болѣзни и имѣющіе поэтому слишкомъ короткія температурныя кривыя, не вошли здѣсь въ счетъ.

Такимъ образомъ мы видимъ, что *гнойники обнаружены при понижающейся или низкой t° 13 разъ на 35 разобранныхъ нами случаевъ.*

При положеніи перитифлитическаго гнойника *не въ обычномъ* его мѣстѣ,—въ правой подвздошной ямкѣ,—вышеприведенные мѣстные признаки теряютъ почти всю долю своего значенія, такъ при положеніи гнойника *кнутри* отъ слѣпой кишки между петлями тонкихъ кишекъ, подвздошная ямка остается почти совершенно пустой, гнойникъ же, окруженный со всѣхъ сторонъ петлями кишекъ, не прощупывается даже въ видѣ опухоли, а скорѣе въ видѣ повышенной резистенціи, и перкуторный тонъ можетъ быть почти чисто кишечный.

Благодаря же непостоянству положенія слѣпой кишки и червеобразнаго отростка, перитифлитическіе гнойники могутъ развиться во всевозможныхъ областяхъ брюшной полости, и благодаря своему необычайному мѣстоположенію остаться совершенно не распознанными.

Среди другихъ анормальныхъ мѣстоположеній перитифлитическихъ гнойниковъ наиболѣе частое, какъ уже говорилось въ I-й части, положеніе ихъ *въ маломъ тазу.*

Въ маломъ тазу перитифлитическіе гнойники могутъ развиться или первично или вторично. Въ послѣднемъ случаѣ мы имѣемъ дѣло съ дальнѣйшимъ распространеніемъ обыкновеннаго перитифлитическаго гнойника изъ подвздошно-слѣпой области съ карманомъ, затекомъ внизъ. Въ распознавательномъ и оперативномъ отношеніи они имѣютъ только тогда особенный интересъ, когда обособляются отъ первоначальнаго гнойника и служатъ причиной продолжающагося лихорадочнаго состоянія и вообще другихъ болѣзненныхъ явленій или даже ухудшенія, тогда какъ мѣстный процессъ, казалось бы, улучшился и причина ухудшенія въ такихъ случаяхъ остается не понятной.

Первично перитифлитическіе гнойники развиваются въ маломъ тазу при нахожденіи здѣсь червеобразнаго отростка, а мы видѣли, какъ часто отростокъ спускается сюда. При отсутствіи мѣстныхъ признаковъ въ правой подвздошной ямкѣ діагнозъ тазовыхъ перитифлитовъ представляетъ большія трудности.

Имѣя такое же внезапное начало, эти случаи, однако, протекаютъ въ дальнѣйшемъ обыкновенно подостро, съ необособенно высокой t^0. Причину этому надо искать въ томъ обстоятельствѣ, что воспалительный процессъ въ маломъ тазу сравнительно легко и скоро ограничивается, такъ что дальнѣйшее распространеніе инфекціи и всасываніе продуктовъ воспаленія происходитъ въ меньшихъ размѣрахъ (Borchardt-Körte).

Madelung [1]) Helferich [1]), Lennander и др. обращаютъ вниманіе на разницу t^0 per rectum и подъ мышкой и указываютъ, что эта разница наибольшая при тазовыхъ гнойникахъ. Schüle [2]) нашелъ при гнойныхъ перитифлитахъ разницу въ $1,1^0$—$1,4^0$, тогда какъ при общей лихорадкѣ эта разница равняется $0,2$,—$0,5^0$. Столь повышенная t^0 per rectum объясняется большимъ кровенаполненіемъ тазовыхъ органовъ. Krogius же, констатировавшій, между прочимъ, разницу t^0 подъ мышкой и въ rectum въ случаяхъ общаго перитонита въ $2,9^0$, объясняетъ эту разницу не мѣстнымъ повышеніемъ температуры брюшной полости, а явленіями коллапса, такъ какъ эта разница рѣзче всего выражена въ тяжелыхъ случаяхъ и sub finem.

Перитифлитическіе гнойники въ маломъ тазу за немногими исключеніями лежатъ внутрибрюшинно, у мужчинъ между прямой кишкой и мочевымъ пузыремъ, а у женщинъ между прямой кишкой и внутренними половыми органами, съ преимущественнымъ у тѣхъ и другихъ правостороннимъ положеніемъ. Изслѣдованіе такихъ случаевъ черезъ брюшныя стѣнки даетъ обыкновенно очень мало положительныхъ результатовъ, развѣ только болѣзненность въ глубинѣ по направленію къ малому тазу. При изслѣдованіи *per rectum* и у женщинъ также *per vaginam* опредѣляется опухоль и въ рѣдкихъ случаяхъ флюктуація. Двойное изслѣдованіе бываетъ обыкновенно затруднено вздутіемъ кишечника.

При тазовыхъ перитифлитахъ очень скоро наступаютъ явленія раздраженія со стороны мочевого пузыря и прямой кишки: позывы къ мочеиспусканію или задержка мочи, тенезмы, отхожденіи слизистаго стула; задержка стула при развитіи большихъ гнойниковъ можетъ перейти въ полную кишечную непроходимость съ прекращеніемъ отхожденія газовъ и съ другими ея послѣдствіями: вздутіемъ живота, рвотой, такъ что получается картина подострого ileus'a.

Тазовые перитифлиты по своей клинической картинѣ весьма близко стоятъ къ заболѣваніямъ тазовыхъ органовъ: предстательной железы у мужчинъ, и правосторонняхъ придатковъ у женщинъ. Дифференціальный діагнозъ тѣхъ и другихъ заболѣваній разобранъ въ соотвѣтствующей главѣ.

Распознаваніе *паратифлитическихъ гнойниковъ* въ первое время представляется весьма труднымъ и возможно только оперативнымъ путемъ. При нихъ боль и болѣзненность при давленіи наиболѣе выражены въ правой поясничной области, гдѣ съ дальнѣйшимъ ростомъ гнойника появляется отечность кожи и правая половина поясницы начинаетъ выдаваться больше лѣвой. Такъ какъ паратифлитическіе гнойники имѣютъ склонность подниматься вверхъ къ почечной области и къ поддіафрагмальному пространству, то на этихъ стадіяхъ развитія они даютъ всѣ мѣстные признаки паранефритическихъ и поддіафрагмальныхъ гнойниковъ.

Діагнозъ разлитыхъ перитонитовъ, какъ первичныхъ, такъ и вторичныхъ не представляетъ большихъ трудностей. Въ клиническомъ отношеніи разница между тѣми и другими сказывается главнымъ образомъ въ началѣ развитія.

Первичные перитониты (La péritonite d'emblée généralisée—Roux) развиваются внезапно, при отсутствіи предшествовавшихъ признаковъ: больные поражаются ими какъ «пистолетнымъ выстрѣломъ», по выраженію *Roux*, («coup de pistolet») среди хорошаго здоровья, или же въ нѣкоторыхъ случаяхъ имъ предшествуетъ незначительное недомоганіе. Камъ мы видѣли, острые ограниченные перитифлиты часто начинаются съ тѣми же бурными признаками разлитого перитонита, поэтому нѣкоторое время (не больше сутокъ наблюденія) вопросъ, имѣется ли передъ нами уже общій перитонитъ остается не рѣшеннымъ, но скоро онъ, однако, рѣшается утвердительно при продолжающихся бурныхъ явленіяхъ: частой рвотѣ, все усиливающихся болях живота, несоотвѣтствіи t^0 и пульса и т. д.

[1]) Helferich H. Die Pathologie und Therapie der Typhlitiden.—Verhandl. des XIII. Congres für innere Med. zu München. 1895.

[2]) Schüle. Ueber die Differenz zwischen der Temperatur des Rectum und der Achsenhöhle speciell bei der eitrigen Appendicitis.—Münch. med. Wochenschift. № 18. 1900.

Вторичнымъ же перитонитамъ предшествуетъ періодъ образованія мѣстнаго гнойника, съ внезапнымъ прорывомъ котораго въ свободную брюшную полость теченіе принимаетъ такой же характеръ, какъ и при первичныхъ перитонитахъ. Помимо прободенія перитифлитическаго гнойника въ свободную брюшную полость, развитіе общаго перитонита изъ мѣстнаго можетъ совершаться постепенно и медленно: первоначально ограниченный гнойникъ можетъ шагъ за шагомъ продвигаться дальше въ брюшную полость (наростающая гнойно-фибринозная форма перитонита *Miculicz*'а).

Какъ распознавательный признакъ между первичными и вторичными перитонитами въ первые дни заболѣванія, *Ronx* выставляетъ при первичныхъ перитонитахъ наибольшую сократительность брюшныхъ мышцъ, затрудняющихъ пальпацію (симптомъ *Talamon*'а), какового симптома при вторичныхъ перитонитахъ не имѣется при наличности всѣхъ другихъ признаковъ развитого перитонита.

Если діагнозъ перитонита въ большинствѣ случаевъ не представляетъ трудностей, то причина его (заболѣваніе червеобразнаго отростка) при неполнотѣ анамнестическихъ данныхъ, въ особенности при первичныхъ перитонитахъ, часто остается невыясненной до операціи или до вскрытія: болѣзненность живота, которая могла бы дать нѣкоторыя указанія, далеко не во всѣхъ случаяхъ достигаетъ наибольшей интенсивности въ мѣстѣ нахожденія червеобразнаго отростка или ограниченнаго гнойника—она развита равномѣрно по всему животу. Мѣстныя физическія изслѣдованія также не даютъ ничего опредѣленнаго, прощупываніе изъ за сильнаго напряженія и болѣзненности брюшныхъ стѣнокъ невозможно и т. д.

Въ болѣе позднихъ стадіяхъ, съ развитіемъ паралича кишечника и, какъ слѣдствіе его, съ метеоризмомъ, задержкой стула и газовъ, дифференціальный діагнозъ между перитонитомъ и кишечной непроходимостью весьма труденъ и часто совершенно невозможенъ, какъ это мы увидимъ ниже.

Одинъ изъ важныхъ признаковъ перитонита—присутствіе *экссудата* въ брюшной полости—весьма часто не поддается опредѣленію физическими изслѣдованіями: при септическихъ перитонитахъ количество выпота не велико и ускользаетъ поэтому отъ опредѣленія, при развитіи же склеекъ между кишками исходитъ часто утрачиваетъ признаки свободной жидкости въ брюшной полости, давая ихъ отлогихъ мѣстахъ своего скопленія не горизонтальную пограничную перкуторную линію, а зигзагообразную, такъ какъ склеившіяся петли кишекъ нарушаютъ равномѣрное распредѣленіе

жидкости; при перемѣнѣ же положенія больныхъ, (что, между прочимъ, по понятнымъ причинамъ избѣгается), благодаря тѣмъ же склейкамъ кишекъ, не происходитъ замѣтнаго перемѣщенія жидкости.

Глава IV.

Дифференціальный діагнозъ.

Распознаваніе перитифлитовъ, какъ сказано въ предыдущей главѣ, въ большинствѣ случаевъ бываетъ легкимъ, однако не рѣдки случаи, гдѣ комбинація тѣхъ или другихъ признаковъ воспаленій червеобразнаго отростка симулируетъ заболѣваніе какого либо другого органа, какъ и, наоборотъ, заболѣваніе какого либо органа, иногда очень отдаленнаго и немѣющаго прямыхъ отношеній къ червеобразному отростку, можетъ по своимъ признакамъ походить на заболѣваніе послѣдняго.

Причина подобныхъ взаимныхъ симуляцій можетъ лежать или въ сходствѣ нѣкоторыхъ симптомовъ заболѣваній тѣхъ или другихъ органовъ, при отсутствіи другихъ характерныхъ для каждаго заболѣванія признаковъ, или въ необычномъ положеніи слѣпой кишки или червеобразнаго отростка внѣ предѣловъ подвздошно-слѣпой ямки, и поэтому при заболѣваніи червеобразнаго отростка мѣстные признаки его симулируютъ заболѣваніе близь лежащаго органа; или же, наоборотъ, необычайное положеніе какого либо органа въ правой подвздошной ямкѣ заставляетъ при заболѣваніи его подозрѣвать заболѣваніе червеобразнаго отростка; не безъ вліянія также остаются не точно передаваемыя анамнестическія данныя или превратно-воспринимаемыя субъективныя впечатлѣнія. Наконецъ, въ запущенныхъ случаяхъ или при быстромъ развитіи тяжелаго заболѣванія, какъ при общемъ перитонитѣ или при кишечной непроходимости, общіе признаки настолько являются господствующими, что частные признаки первоначальнаго заболѣванія остаются незамѣтными.

Какъ мы видѣли, заболѣваніе червеобразнаго отростка происходитъ при симптомахъ *функціональныхъ разстройствъ желу-*

дочно-кишечнаго тракта. Эти то симптомы не рѣдко вводятъ въ заблужденіе и при отсутствіи рѣзко выраженныхъ мѣстныхъ признаковъ или при недостаточно внимательномъ отношеніи къ нимъ, заболѣванія червеобразнаго отростка третируются за желудочныя или кишечныя заболѣванія. Эти формы заболѣваній червеобразнаго отростка большею частью отличаются своимъ хроническимъ теченіемъ и упорствомъ противъ предпринимаемаго леченія, такъ какъ послѣднее при ложномъ діагнозѣ бываетъ направлено иногда въ обратную сторону. Въ послѣднее время на эти признаки стали обращать большее вниманіе и съ тѣхъ поръ стали больше и больше обнаруживать, что подъ ними нерѣдко протекаетъ наибольшая часть такъ называемыхъ «скрытыхъ аппендицитовъ» («*Appendicitis larvata*» Ewald'a [1]), или какъ предлагаетъ Hadra [2]), «*Appendicitis occulta*».

Такъ какъ многіе больные при заболѣваніи червеобразнаго отростка жалуются на боли живота въ области желудка, то иногда такая локализація силыѣйшихъ болей при другихъ гастрическихъ явленіяхъ можетъ симулировать *язвы желудка* или 12—*перстной кишки*, тѣмъ болѣе, что онѣ также свойственны болѣе молодому возрасту. Въ такихъ случаяхъ весьма существенную помощь въ распознаваніи оказываетъ присутствіе крови въ желудочномъ содержимомъ, а также и химическое изслѣдованіе послѣдняго.—При прободеніи же язвъ, дифференціальный діагнозъ весьма затруднителенъ и иногда возможенъ только рег laparotomiam или per obductionem.

Колико-образныя боли при перитифлитахъ иногда трудно бываетъ отличить отъ' *почечныхъ* или *печеночныхъ коликъ*, появляющихся также остро, внезапно и въ сопровожденіи рвоты.

Какъ на дифференціально - діагностическіе признаки *почечныхъ колико* должно обращать вниманіе на слѣдующіе:

Боли при почечныхъ коликахъ отдаютъ въ пахъ, мошонку, прямую кишку съ позывами на низъ, при перитифлитѣ же такихъ отдающихъ болей нѣтъ. *Болъзненность* живота наибольшая соотвѣтствуетъ почечной лоханкѣ, а при перитифлитѣ Mc. Burney'вской точкѣ.

При ущемленіи же камня въ правомъ мочеточникѣ на уровнѣ входа въ малый тазъ, локализація болѣзненности какъ разъ будетъ

[1]) Ewald. Uber Appendicitis larvata — Arch. f. Klin. Chir. LX Bd. I H. 1899.
[2]) Hadra B. M. Wanderniere und Appendicitis. Centralb. f. Gynäk. №9. 1899.

соотвѣтствовать Mc. Burney'вской точкѣ и тогда точный діагнозъ особенно затруднителенъ и даже невозможенъ, а также и въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ между мочеточникомъ и червеобразнымъ отросткомъ произошли сращенія.—Болѣе важны явленія со стороны *мочевого пузыря* и особенно *мочи*. Мочевой пузырь при почечныхъ камняхъ всегда съ признаками раздраженія, хотя послѣдніе не рѣдки и при заболѣваніяхъ червеобразнаго отростка. Присутствіе *крови* въ мочѣ, конечно, говоритъ, въ пользу почечныхъ колико, а также присутствіе почечныхъ камней или почечнаго песка, но и, наоборотъ, присутствіе послѣднихъ въ предшествовавшее время можетъ повести при дѣйствительномъ заболѣваніи червеобразнаго отростка къ ошибочному діагнозу почечныхъ колико; такъ нѣкоторые авторы (Sonnenburg, Tuffier [1]) и др.) приводятъ такіе случаи, гдѣ припадки перитифлита, благодаря присутствію въ мочѣ почечнаго песка ошибочно третировались за почечныя колики. Не маловажное діагностическое вспомогательное средство можетъ оказать въ подобныхъ случаяхъ рентгенизація.

Печеночныя колики, имѣя такое же бурное начало, какъ и аппендикулярныя, отличаются отъ послѣднихъ тѣмъ, что при нихъ *боль*, локализирующаяся подъ ложечкой, отдаетъ въ плечо или лопатку, *болъзненность* наибольшая у ребернаго края; *работа* въ противоположность аппендикулярнымъ или почечнымъ коликамъ отличается частотою и продолжительностью. Признаки заболѣваній желчнаго пузыря, какъ желтушная окраска, наблюдающаяся и при перитифлитахъ, но остающаяся при печеночной коликѣ и между припадками, темнозеленыя испраженія съ особымъ заплѣсневѣлымъ запахомъ, а особенно нахожденіе желчныхъ камней въ испражненіяхъ устанавливаютъ вѣрный діагнозъ.

Восналенія желчнаго пузыря (*cholecystitis, Empyema ves. felleae*) и водянка его (hydrops) вслѣдствіе закупорки желчнаго протока также могутъ протекать подъ клинической картиной перитифлитовъ съ высокимъ положеніемъ и наоборотъ. Въ такихъ случаяхъ большое діагностическое значеніе имѣетъ наличность перкуторно-тимпанической полосы между опухолью и печеночной тупостью. При высокомъ же положеніи червеобразнаго отростка у печени или у желчнаго пузыря дифференціальный діагнозъ почти невозможенъ. Также при очень растянутомъ желчномъ пузырѣ, спускающемся въ

[1]) Tuffier. Calcul de l'uretère ou de l'appendice.—La Sem. méd. №34. 1899. и Indéped. méd. 1899.

подвздошно-слѣпую ямку, легко принять его за перитифлитическую опухоль, какъ подобные случаи сообщаютъ Sonnenburg, Fowler и др.

Особенно бываетъ труденъ дифференціальный діагнозъ при быстро наступающемъ *прободеніи, начиень и разрывѣ эмпіемы желчнаго пузыря* съ быстро развивающимся общимъ перитонитомъ. Дифференцированіе въ такихъ случаяхъ возможно только на операціонномъ или секціонномъ столѣ.

Гнойники, образующіеся вслѣдствіе прободенія желчнаго пузыря и спускающіеся въ правую подвздошную ямку, также легко могутъ симулировать перитифлитическіе гнойники: такъ, подобныхъ 3 случая сообщены Weir'омъ [1]).

При *одновременномъ* заболѣваніи червеобразнаго отростка и желчнаго пузыря діагнозъ еще болѣе запутывается. Случаи одновременнаго заболѣванія приводятъ Meusser [2]) и др.

Не мало затрудненій въ діагностическомъ отношеніи могутъ представить также *опухоли*, наблюдаемыя въ правой подвздошной ямкѣ.

Такъ, *блуждающая правая почка* при перекручиваніи своей ножки можетъ вызвать въ нѣкоторыхъ случаяхъ признаки, сходные съ перитифлитическими. Признаки тѣмъ болѣе могутъ быть сходными, что нѣкоторыми авторами замѣчено, что при правосторонихъ блуждающихъ почкахъ нерѣдко наблюдается одновременное хроническое заболѣваніе червеобразнаго отростка, доходящее у женщинъ по наблюденіямъ Edebohls'a [1]) до 80—90% правосторонихъ блуждающихъ почекъ и записанное, по его мнѣнію, отъ сдавленія послѣдними venam mesentericam sup., что вызываетъ застой крови въ сосудахъ червеобразнаго отростка.

До Edebohls'a также указывали на причинную связь между блуждающей почкой и перитифлитомъ, такъ напр. Bounes [2])

[1]) Weir. F. Abscesses simulating appendicitis from rupture or ulceration of the gall-bladder. The Pract. Soc. of New-York. Jan. 2. 1891. Med. Rec. March. 17 1891.

[2]) Meusser. Ueber Appendicitis und Typhlitis mit cachierten und ungewöhnlichen Verlauf.—Mitteil. aus d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. II, Bd. 3 u. 4 H 1897.

[1]) Edebohls. G. M. Notes on movable kidney and nephrorrhaphy. –Amer. Journ. of obst. Febr. 1895.

— Wanderniere und Appendicitis; deren häufige Koexistenz und deren simultane Operation mittels Lumbalschnitt.– Centralbl.für Gynäkol. № 40. 1898.

— The relations of movable kidney and appendicitis to each other and to the practice of modern gynaecology—Med. Rec. 11 March. 1899.

[2]) Bounes. Bauchfellentzündung nach Perforation innerer Organe. – Inaug Diss. Berlin. 1877.

проводитъ случай, гдѣ правая блуждающая почка такъ сдавила слѣпую кишку, что вызвала Typhlitis и затѣмъ Perityphlitis.

Анамнезъ, подробное изслѣдованіе, въ особенности подвижность опухоли, въ большинствѣ случаевъ предохраняютъ отъ ошибки въ распознаваніи.

Hadra [1]), отрицающій въ противоположность Edebohls'y этіологическую связь между блуждающей почкой и заболѣваніемъ червеобразнаго отростка, рекомендуетъ для дифференціальнаго діагноза пользоваться слѣдующимъ пріемомъ: на часъ уложить больного въ постели при совершенномъ покоѣ на спинѣ: при блуждающей почкѣ боли скоро послѣ того стихаютъ, при воспаленіи же червеобразнаго отростка болѣзненность остается попрежнему.

Шервинскій [2]) указываетъ на отсутствіе связи болевыхъ припадковъ съ погрѣшностями въ діэтѣ при подвижной почкѣ.

Весьма затрудненъ дифференціальный діагнозъ при *одновременномъ* существованіи правосторонней блуждающей почки и перитифлита. Такой именно случай имѣется въ нашемъ матеріалѣ.

Случай этотъ слѣдующій.

№ 19. *Варвара Самор.* Солдат., вдова, 64 л. Поступила въ больницу 15-го мая 1893 г., выписалась 17-го іюня.

Anamn. До 11-го мая была совершенно здорова. Въ ночь на 12-е появилась боль въ животѣ, рвота, при чемъ увеличилась и сдѣлалась неподвижной опухоль въ правой половинѣ живота. Упомянутую опухоль больная замѣтила уже около пяти лѣтъ тому назадъ; до сихъ поръ больная могла сама передвигать опухоль; по ея словамъ, опухоль съ теченіемъ времени увеличивалась. Стулъ до 11-го былъ нормальный, а съ 11-го черезъ день въ небольшомъ количествѣ. Послѣдній разъ 15-го утромъ. Крови въ мочѣ не замѣчала. Climacterium около 15 лѣтъ. Женскими болѣзнями не страдала и не рожала.

St. praes. Больная средняго роста, правильнаго тѣлосложенія и удовлетворительнаго питанія. Цвѣтъ кожныхъ покрововъ нормальный, отековъ нѣтъ. Въ брюшной и плевральной полости эксудата также нѣтъ. Животъ не вздутъ, изгладѣ болѣе выстоящей, чѣмъ лѣвая и при самомъ поверхностномъ изслѣдованіи прощупывается опухоль, начинающаяся внизу на 1 поперечный палецъ выше Пупартовой связки и идущая своей длинною осью параллельно послѣдней, доходя внутреннимъ краемъ въ нижней своей части до срединной линіи, а вверхъ распространяясь до реберная край. Опухоль очень болѣзненна, кромѣ того давленіе

[1]) Hadra B. E. Wanderniere und Appendicitis.—Centralbl. für Gynäk, № 9 1890.

[2]) Шервинскій В. Д. О діагностикѣ и леченіи воспаленія червеобразнаго отростка. Клиническій Журналъ № 4. 1901.

на reg. lumbalis dext. вызываетъ боль. Правая почка не прощупывается, лѣвая же прощупывается на нормальномъ мѣстѣ. Селезенка не увеличена. Печень выступаетъ изъ подъ края реберъ на 2—2½ поперечныхъ пальца. Regio epigastrica чувствительна. Легкія свободны. Границы сердца справа до l. parasternalis, слѣва по l. mammilaris, сердечный толчекъ въ 5-мъ межреберьѣ. Со стороны половыхъ органовъ не обнаруживается ничего ненормальнаго. Въ мочѣ едва замѣтные слѣды бѣлка безъ форменныхъ элементовъ. Пульсъ 76.

t° веч. 15-го 38,3. Ord.: Codeini 0,015; № 2; Ледъ на животъ справа.

16/v. t° утр. 38,3. t° веч. 38,2.

17/v. t° утр. 38,3. Пульсъ 84, правильный. Животъ болитъ меньше и менѣе напряженъ. Опухоль какъ-то ограничилась, стала круглѣе и сдвинулась. Надъ опухолью прощупывается толстая кишка, дающая тимпаническій тонъ, поверхность опухоли не совсѣмъ ровна. Спала хорошо. Стулъ задержанъ. Мочи 1000 куб. сант. Въ мочѣ крови не опредѣляется ни микроскопически, ни пробою Геллера. t° веч. 38,8.

18/v. t° 38,5. Пульсъ 80. Боли живота меньше, но вздутіе больше, такъ что надъ опухолью получается рѣзкій тимпаническій звукъ. Стулъ послѣ клизмы былъ кашицеобразный. Мочи 1000 к. с., безъ крови (проба Геллера и микроскопически). t° веч. 38,0.

19/v. t° утр. 37,2. Пульсъ 64. Языкъ слегка обложенъ. Стула не было. Опухоль значительно менѣе болѣзнена. Надъ нею ясно прощупывается вздутая толстая кишка, дающая тимпаническій тонъ. Въ легкихъ выслушиваются немногочисленные разбросанные хрипы. Мочи 1500 к. с. безъ крови и осадка. t° веч. 37,7.

20/v. t° утр. 37,8. Пульсъ 76, правильный. Опухоль по прежнему. Стулъ послѣ клизмы. Мочи 1400 куб. сант., t° веч. 38,0.

21/v. t° утр. 37,8. Пульсъ 76. Стула не было. Мочи 1800 куб. с., слѣды бѣлка безъ форменныхъ элементовъ. t° веч. 38,1.

22/v. t° утр. 37,7. Пульсъ 80. Послѣ клизмы былъ стулъ. Боли въ животѣ значительно меньше, опухоль также много меньше, особенно въ ширину. Не ясно прощупывается правая почка. Мочи 1800 куб. сант., безъ бѣлка, t° веч. 38,5.

23/v. t° утр. 37,2. Пульсъ 76. Опухоль еще меньше, такъ что ее можно прощупать отдѣльно отъ правой почки. Стула не было. Мочи 1800 к. с. t° веч. 37,8.

24/v. t° утр. 36,6. Пульсъ 76. Опухоль все уменьшается. Мочи 1500 куб. с. t° веч. 37,3.

25/v. t° 36,7. Пульсъ 80. Стула не было. t° веч. 37,9.

26/v. t° утр. 36,8. Пульсъ 76. Опухоль все уменьшается, она теперь плотна, безболѣзнена. Послѣ клизмы былъ стулъ. Хриповъ въ легкихъ немного. Мочи 1300 куб. с. t° веч. 37,2.

27/v. t° утр. 36,6. Пульсъ 60. Опухоль еще уменьшилась, такъ что правая почка совершенно ясно прощупывается на нормальномъ мѣстѣ. Мочи 1600 куб. с. Стула не было. t° 36,8.

28/v. t° утр. 36,6. Пульсъ. 60. Послѣ клизмы былъ стулъ. Мочи 1400 к. с. t° веч. 36,9.

29/v. t° утр. 36,5. Стулъ былъ произвольный, полужидкій 2 раза. Опухоль значительно меньше, плотная. t° веч. 36,7.

30/v. t° утр. 36,6. Пульсъ 60. Былъ нормальный стулъ. t° веч. 36,9.

31/v. t° утр. 3,67. Пульсъ 56. Опухоль имѣетъ небольшую величину. Былъ 1 разъ нормальный стулъ. t° веч. 36,8.

1/vi. t° утр. 36,5. Пульсъ 60. Общее состояніе вполнѣ хорошее. t° веч. 36,9.

3/vi. t° утр. 36,8. Пульсъ 56. Былъ нормальный стулъ. Опухоль имѣетъ величину голубинаго яйца. Мочи 900 к. с. t° веч. 36,8.

3/vi. t° утр. 36,9. Пульсъ 60. Опухоль разсасывается очень быстро. Мочи 1100 к. с.

Остальные дни t° нормальная. Стулъ также нормальный.

17/vi. больная выписалась, какъ вполнѣ оправившаяся, хотя въ подвздошной области отдѣльно отъ почки прощупывалась маленькая опухоль.

Въ болѣе застарѣлыхъ случаяхъ, съ тяжелыми явленіями, Edebolhs совѣтуетъ дѣлать одновременно nephrorexi'ю и ампутацію червеобразнаго отростка черезъ поясничный разрѣзъ. Въ болѣе же свѣжихъ случаяхъ аппендицитъ излечивается, по его мнѣнію, послѣ одной nephrorexi'и.

Затечные абсцессы, исходящіе изъ позвоночника или тазовыхъ костей при своемъ хроническомъ теченіи и при своихъ характерныхъ особенностяхъ, только въ весьма рѣдкихъ случаяхъ могутъ возбудить сомнѣнія, именно, въ тѣхъ случаяхъ затечныхъ абсцессовъ, гдѣ вслѣдствіе присоединенія новой инфекціи наступаетъ обострение и быстрое развитіе гнойника.

Подобный случай намъ пришлось наблюдать у одной 27-милѣтней женщины. Уже годъ, какъ больная чувствовала боли въ правой подвздошной области, но боли были не сильныя и больная оставалась на ногахъ. За нѣсколько дней до поступленія въ больницу боли значительно обострились и больная замѣтила опухоль въ правой подвздошной ямкѣ. Никакихъ болей или деформаціи позвоночника не обнаружено. Больная на 20-й день (27 окт. 1896 г.) поступленія въ больницу была оперирована. Опорожненъ громадный гнойникъ, и только теперь и, особенно, изъ дальнѣйшаго теченія обнаружено, что мы имѣли дѣло съ затечнымъ гнойникомъ, исходящимъ изъ поясничныхъ позвонковъ.

Sonnenburg также приводитъ одинъ случай, оперированный

имъ въ предположеніи перитифлита и оказавшійся затечнымъ туберкулезнымъ абсцессомъ.

Подобный же случай приводитъ Ch. Krafft[1]), вскрывшій абсцессъ въ правой подвздошной ямкѣ, принятый имъ за перитифлитическій. Больной черезъ довольно продолжительное время умеръ. На вскрытіи оказалось, что имѣлся не перитифлитъ, а туберкулезъ os sacri съ затечнымъ нарывомъ, пробившимся въ правую подвздошную ямку. По поводу этого случая Roux привелъ слышанное имъ отъ Vollkmann'а слѣдующее правило распространенія затечныхъ гнойниковъ: тѣмъ ниже на позвоночникѣ находится туберкулезный процессъ, тѣмъ далѣе отъ средней линіи распространяется абсцессъ, поэтому при туберкулезѣ послѣднихъ поясничныхъ позвонковъ или крестцовой кости абсцессъ пробивается вблизи sp. ant. sup. os. ilei.

Senn для дифференціальнаго діагноза между перитифлитомъ и затечными гнойниками предлагаетъ *вдуваніе въ кишечникъ водорода*.

Затечнымъ гнойникамъ кромѣ медленнаго хроническаго развитія и другихъ признаковъ свойственна также почти *полная ихъ безболызненность при ощупываніи и отсутствіе перитонеальныхъ явленій*.

Также въ рѣдкихъ случаяхъ перитифлитическій гнойникъ, пробившій себѣ дорогу до fascia iliaca и вызвавшій тѣмъ сведеніе праваго бедра, можетъ симулировать *воспаленіе праваго тазобедреннаго сустава* (Coxitis). Подобныя ошибки, гдѣ перитифлитъ былъ принятъ за Coxitis, сообщаются нѣкоторыми авторами, такъ Menard[2]) приводитъ 2 случая, Körte — 1 случай и др., Gibney[3]) говоритъ, что въ подобную ошибку легко впасть при заболѣваніи дѣтей, такъ какъ они не вполнѣ точно указываютъ на боли и часто *сводятъ* бедра при болѣхъ живота.

Отличительное распознаваніе состоитъ въ томъ, что при перитифлитѣ при постукиваніи сустава боли не бываетъ, и при полномъ сгибаніи въ тазобедренномъ суставѣ, вращеніе совершается безболѣзненно и свободно, причемъ mm. psoas и iliacus находятся въ совершенно разслабленномъ состояніи.

[1]) Charles Krafft. Fausse Appendicite.—Revue méd. de la Suisse romande p. 796. 1892.

[2]) Menard.—Typhlite et appendicite avec douleurs coxofémorales etc. — Boll. et mém. de la soc. de chir. de Paris. T. XXX. 1893.

[3]) Gibney N. P.—Perityphlitis in children illustrating points in the differential diagnosis of hip-disease; a report of six cases.—Amer. jour. of med. sc. LXXXI. 1881.

Изъ *новообразованій правой подвздошной ямки* прежде всего обращаютъ на себя вниманіе злокачественныя: *раковыя* или *саркоматозныя*, исходящія изъ слѣпой кишки или червеобразнаго отростка, и изъ нихъ, главнымъ образомъ, раковыя.

Ракъ слѣпой кишки часто развивается очень медленно и въ теченіе нѣсколькихъ лѣтъ остается безъ симптомовъ. Зарождаясь на слизистой оболочкѣ слѣпой кишки, ракъ постепенно инфильтрируетъ всю толщу стѣнки и при своемъ распаденіи можетъ вызвать прободеніе слѣпой кишки и инфекцію брюшной полости, оставаясь до того времени мало замѣтнымъ. Въ такихъ случаяхъ симптомы прободенія и быстрое нарастаніе опухоли могутъ дать весьма похожую картину съ гнойнымъ перитифлитомъ. Подобный случай сообщаетъ Трояновъ[1]), гдѣ послѣ 12-дневнаго пребыванія больного въ больницѣ и пробной пункціи діагностицировать былъ перитифлитъ и только дальнѣйшее наблюденіе и послѣдующая операція опровергли первоначальное распознаваніе.

Наиболѣе важные признаки, по какимъ опредѣляется ракъ слѣпой кишки, нижеслѣдующіе:

Подвижность опухоли. Matlakowski[1]), изучавшій этотъ вопросъ на своихъ случаяхъ и литературныхъ данныхъ, утверждаетъ, что подвижность раковыхъ опухолей слѣпой кишки сохраняется весьма продолжительное время, причемъ подвижность можетъ быть весьма обширна и сопровождаться коликоподобными припадками. При наступленіи сращеній съ кишками, сальникомъ и, вообще, съ сосѣдними органами подвижность, конечно, ограничивается. По мнѣнію же Salzer'a[2]) раковыя опухоли наоборотъ лишены подвижности — спаиваясь весьма рано съ окружающими органами.

Второй признакъ раковыхъ опухолей кишечной стѣнки, по даннымъ Czerny, Трояпова, Matlakowsk'аго, Hoffmokl'я и друг.—*тупотимпаническій перкуторный тонъ* надъ опухолью.

Затѣмъ, указываютъ на большую плотность опухолей, бугристую

[1]) Трояновъ, А. А. Случай рака слѣпой кишки.—Хир. Вѣстн. Окт. Ноябр 1893 г.

[2]) Matlakowski.—Ueber Resection des Blinddarmes bei carcinomatöser und barbiger Stenose.—Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. 33 Bd. 4 u. 5 H. 1892.

[3]) Salzer.—Arch. für klinische Chirurgie. T. III. 1892.

поверхность, хотя нерѣдко она бываетъ и ровной, на получаемый при пальпаціи gargouillement, но этотъ признакъ, какъ мы указывали, часто наблюдается и при перитифлитахъ.

Въ сомнительныхъ случаяхъ Sonnenburg рекомендуетъ вдуваніе воздуха въ кишечникъ, послѣ чего новообразованіе слѣпой кишки выдвигается впередъ изъ подвздошной ямки.

О новообразованіяхъ, исходящихъ изъ червеобразнаго отростка см. стр. 179.

Туберкулезъ слѣпой кишки, протекая хронически, а въ начальныхъ стадіяхъ при отсутствіи мѣстныхъ симптомовъ, можетъ развиться также до обширныхъ инфильтратовъ и гнойниковъ вокругъ слѣпой кишки, какъ мы приводили тому примѣры на стр. 168—169-ой. Развитіе инфильтратовъ и гнойниковъ можетъ совершаться или мало замѣтно, будучи затемняемо другими симптомами, какъ это было въ нашихъ случаяхъ, или же могутъ наступать бурныя явленія, но во всякомъ случаѣ уже въ позднѣйшія стадіи, когда имѣется налицо значительная опухоль.

Дифференціальный діагнозъ въ этихъ случаяхъ долженъ быть поставленъ не только между туберкулезнымъ пораженіемъ слѣпой кишки и перитифлитомъ, но также и ракомъ слѣпой кишки.

Подвижность опухоли говоритъ за туберкулезъ и ракъ и противъ перитифлитической опухоли, которая безусловно неподвижна.

Тяжелыя явленія болѣе свойственны туберкулезу слѣпой кишки чѣмъ раку. При послѣднемъ очень долго могутъ отсутствовать функціональныя разстройства кишечника, а также и явленія съуженія его, такъ что долго сохраняется правильный стулъ и хорошій аппетитъ. При туберкулезѣ же слѣпой кишки часто наблюдаются *колики, метеоризмъ, диспепсія и упорные поносы* или, какъ Conrath [1]) считаетъ характернымъ для туберкулеза, *чередованіе поносовъ и запоровъ*. Признаки съуженія кишечника при туберкулезѣ также значительно рѣзче выражены, такъ какъ при немъ развиваются весьма обширныя рубцевыя стягиванія. Возрастъ больного тоже можетъ служить діагностическимъ пособіемъ.

Образцовъ [2]) указываетъ на тѣ отличительные признаки, что при *ракѣ* слѣпой кишки, послѣдняя не прощупывается, а только сама

[1]) Conrath. V. Ueber locale chronische Coecumtuberculose.—Beitr. zur klin. Chir. Bd. XXI. 1900.

[2]) Образцовъ. Къ распознаванію рака и бугорчатки слѣпой кишки, бугорковаго перитифлита и бугорчатки подвздошной кишки.—«Врачъ» № 27 и 28. 1888.

опухоль съ ясно прощупываемымъ концомъ подвздошной кишки на протяженіи 8—10 сант. въ видѣ толстаго напряженнаго, наполненнаго газомъ цилиндра; при *бугорчаткѣ же* прощупывается сама слѣпая кишка въ видѣ груши съ характерными, пропитанными инфильтратомъ стѣнками. Затѣмъ, при ракѣ, опухоль прощупывается съ рѣзкими, какъ бы обрѣзанными краями, при бугорчаткѣ же пропитываніе исчезаетъ болѣе или менѣе постепенно.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, однако, симптомы того и другого страданія настолько бываютъ не рѣзко выражены и перепутаны между собою, что дифференціальный діагнозъ между ними совершенно не возможенъ, мало того, даже микроскопическое изслѣдованіе иной разъ не вполнѣ разрѣшаетъ сомнѣнія.

Такъ, Трояновъ приводитъ два случая Brodowsk'аго и Bouilly, гдѣ только послѣ многочисленныхъ изслѣдованій многихъ сотенъ срѣзовъ, удалось опредѣлить природу заболѣванія, а въ одномъ случаѣ только послѣ второй операціи черезъ нѣсколько лѣтъ.

Весьма затруднителенъ также дифференціальный діагнозъ между перитифлитомъ и туберкулезомъ слѣпой кишки, если исходная точка туберкулеза имѣлась въ червеобразномъ отросткѣ и потому долго передъ тѣмъ появлялись признаки хроническаго перитифлита.

Туберкулезное пораженіе другихъ органовъ, а особенно присутствіе *туберкулезныхъ бациллъ въ испражненіяхъ* на ряду съ остальными признаками безошибочно устанавливаютъ туберкулезное пораженіе слѣпой кишки.

Изъ другихъ опухолей въ правой подвздошной ямкѣ, симулирующихъ перитифлитъ, можно привести, какъ весьма рѣдкій и курьезный случай Sonnenburg'а, наблюдавшаго у одной больной при всѣхъ явленіяхъ хроническаго рецидивирующаго перитифлита *фибромиому*, происхожденіе которой такъ и осталось не выясненнымъ.

v. Bergmann'у [1]) также пришлось однажды оперировать въ правой подвздошной ямкѣ *дермоидную кисту*, подъ видомъ перитифлита.

Межмышечные гнойники или вообще гнойники брюшной стѣнки, распространяясь вглубь, могутъ походить на перитифлитическую опухоль, но, отсутствіе перитонеальныхъ явленій

[1]) Bergmann—Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins am 11 Jan. 1897.

указываетъ на внѣбрюшинное заболѣваніе. Sonnenburg описываетъ случай, гдѣ только на операціи выяснилось, что гнойникъ находился въ брюшной стѣнкѣ, а червеобразный отростокъ былъ совершенно здоровъ.

Кишечная инвагинація подвздошно - слѣпой части кишечника съ образованіемъ здѣсь опухоли и сильной болѣзненностью можетъ повести къ ошибочному діагнозу перитифлитической опухоли, особенно въ болѣе позднія стадіи инвагинаціи, когда вслѣдствіе гангрены кишекъ развивается общій перитонитъ. Подобные случаи описаны Mühsam'омъ [1]) и Sonnenburg'омъ.

Въ случаѣ Wiesinger'a [2]) перфоративный перитонитъ аппендикулярнаго происхожденія осложнился инвагинаціей, что, конечно, еще болѣе затрудняло распознаваніе.

Кровянистыя, слизистыя испражненія, позывы на низъ и другіе признаки инвагинаціи должны, конечно, способствовать распознаванію.

Иногда, хотя и рѣдко, самъ *червеобразный отростокъ инвагинируется* въ слѣпую кишку: такъ, Monsarrat Keith [3]), сообщаетъ случай, гдѣ у 4-хъ лѣтняго мальчика имѣлась инвагинація червеобразнаго отростка въ слѣпую кишку, вторично повлекшая за собою инвагинацію въ colon transversum. На операціи удалось выправить первичную и вторичную инвагинаціи съ благопріятнымъ исходомъ.

Случаи инвагинаціи червеобразнаго отростка сообщаютъ также Waterhouse [4]), Wright and Renshaw [5]), Mc. Graw [6]), и задолго передъ ними Mc. Kidd [7]).

Внутреннія грыжи, ущемленныя въ какомъ либо карманѣ подвздошно-слѣпой области (*fossa subcoecalis, ileo-coecalis*) также могутъ вызвать подозрѣніе на перитифлитъ, въ особенности съ развитіемъ перитонеальныхъ явленій. Рвота, задержка испражненій и вѣтровъ свойственны обоимъ страданіямъ, но при ущемленіи они

[1]) Mühsam. Beiträge zur Differentialdiagnose der Appendicitis.—Berlin. Klin. Wochenschrift. № 31. 1899.
[2]) Wiesinger.—Aerztlicher Verein zu Hamburg. Sitzung von 17 Nov. 1895.
[3]) Monsarrat Keith. Intussusception of vermiform appendix.—Liverpool med. Inst. 22 Nov. 1900.—Brit. med. Journ. p. 1791. 1900.
[4]) Waterhouse. H. F.- Brit. med. Journ. v. II. p. 1505. 1897.
[5]) Wright, G. A. and Renshaw, K.— Brit. med. Journ. v. I. p. 1470. 1897.
[6]) Mc. Graw. T. A.— Brit. med. Journ. v. II. p. 956. 1897.
[7]) Mc. Kidd. J.—Edinburgh med. Journ. IV. p. 793. 1859.

появляются вначалѣ и задержка газовъ и испражненій безусловная, а рвота скоро дѣлается каловой.

Описываютъ также случаи *ущемленія яичекъ* въ паховомъ каналѣ, протекавшіе подъ клинической картиной перитифлита.

Не только заболѣванія органовъ брюшной полости могутъ протекать при многихъ признакахъ перитифлита, но также и заболѣванія органовъ *грудной полости*, особенно правой половины. Такъ напр. Janeway [1]) приводитъ случаи, гдѣ *пневмонія и діафрагмальный плевритъ* въ начальныхъ стадіяхъ протекали при нѣкоторыхъ признакахъ перитифлита, поведшихъ къ ошибочному распознаванію. Morris [2]) изъ двухъ случаевъ долевой пневмоніи, дававшихъ явленія перитонита, въ одномъ случаѣ, у 45-лѣтней женщины, съ настоящими припадками болей въ правой подвздошной ямкѣ, произвелъ даже операцію, но нашелъ червеобразный отростокъ здоровымъ; въ другомъ же случаѣ Morris, наученный предыдущимъ, поставилъ правильный діагнозъ.

Наоборотъ, Jeanmaire [3]) и Sachs [4]) описываютъ случаи, гдѣ перитифлитъ нѣкоторое время считали за воспаленіе легкаго, такъ какъ перитифлитическій гнойникъ поднялся до легкаго, прорвался черезъ бронхъ, отдѣляясь въ видѣ гнойной мокроты, что заставляло предполагать гнойное воспаленіе легкаго.

Дифференцированіе иногда бываетъ тѣмъ болѣе труднымъ, что при перитифлитахъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ наблюдается осложненіе плевритомъ и фибринозной пневмоніей (см. ниже).

Намъ самимъ пришлось наблюдать одинъ случай *правосторонняго плеврита*, гдѣ первые дни были налицо всѣ признаки заболѣванія червеобразнаго отростка, какъ объективные: внезапное начало, рвота, задержка стула, напряженіе брюшныхъ стѣнокъ и т. д., такъ и субъективные: сильныя боли и болѣзненность въ правой подвздошной области; субъективные же признаки плеврита первые дни отсутствовали совершенно. Только повторныя изслѣдованія грудной полости и быстрое исчезновеніе перитонеальныхъ явленій, на смѣну которыхъ стали ясно выступать плевральныя, привели къ правильному діагнозу.

Случай этотъ слѣдующій.

[1]) Janeway.—Med. Record. Dec. 6. 1890.
[2]) Morris. Appendicitis erroneously diagnosed.—N. y. med. Journ. Aprilh. 8 1899.
[3]) Jeanmaire. Appendicite avec abcès lombaire ouvert dans les bronches; guérison.—Gaz hebd. de méd. et de chir. Mars 1900.
[4]) Sachs W.—Centralbl. f. Chir. № 32.. s. 821 1900.

Anna K., 46 л. Поступила въ больницу 17-го октября 1897 г.

Anamn. Заболѣла 12-го октября жаромъ, ознобомъ и общимъ недомоганіемъ. Черезъ 2 дня присоединились *боли всего живота*, скоро ограничившіяся правой его стороной, ближе къ подреберью и кнаруги. 15-го окт. больная окончательно слегла въ постель отъ общей слабости и *болей живота*. 12-го и 13-го октября былъ жидкій стулъ по 1 разу въ день, послѣ же—до поступленія въ больницу стула не было а также не было и отхожденія вѣтровъ. Съ 15-го октября появлялась рвота, продолжавшаяся 16-го и 17-го октября. Рвало раза 3 въ день, каждый разъ послѣ ѣды. Погрѣшностей въ діэтѣ до болѣзни не было. Больная приписываетъ свою болѣзнь простудѣ. Насморка и *кашля не было*. Climacterium 3-й годъ.

St. praes. Больная средняго роста, правильнаго тѣлосложенія и удовлетворительнаго питанія. На верхней губѣ и около праваго угла рта herpes. Языкъ чистый и влажный; зѣвъ немного инъецированъ. Въ легкихъ изрѣдка слышатся хрипы. Сердце нормально. *Животъ* мягкій, не вздутый, безболѣзненный, исключая правой стороны надъ crista ilei и вблизи sp. ant. sup., гдѣ ощупываніе довольно болѣзненно. Надъ crista ilei прощупывается повышенная резистенція безъ опредѣленныхъ границъ и очень чувствительная на давленіе. Перкуторный тонъ правой стороны живота надъ резистентностью, кнаружи отъ сосковой линіи, слегка притупленъ, особенно по l. axillaris ant. Печень не увеличена. Селезенка перкуторно увеличена, но не прощупывается. Per vaginam: матка антефлексіо, подвижная, своды свободны и безболѣзненны. Пульсъ 80. Сегодня 2 раза была рвота. t° утр. 38,0. t° вечер. въ 5 ч. 39,6. t° вечер. въ 9 ч. 39,7. Ord.: Opii p. 0,015, № 4 pro die. Ледъ на животъ справа.

18/x. t° утр. 39,5. Пульсъ 90. Дыханіе 33. Боли сосредоточены главнымъ образомъ подъ правымъ реберянымъ краемъ по передней axillar'ной линіи. Брюшныя стѣнки правой половины живота напряжены. Перкуторный тонъ тимпаническій. При изрѣдка случающемся разслабленіи брюшныхъ мышцъ оказывается, что брюшная полость свободна отъ инфильтрата. При перкуссіи *грудной клѣтки* получается легкое притупленіе правой половины, начиная отъ угла лопатки; дыханіе же везикулярное. Въ нижнихъ долякъ праваго легкаго fremitus совершенно отсутствуетъ.

t° веч. 39,8. Ord.: опій отм.—Sol. Natr. Salyc. 4%, черезъ 2 часа.

19/x. t° утр. 36,3. Пульсъ 90. Дыханіе 40. Спала хорошо. Самочувствіе лучше. Болей живота нѣтъ. Стула не было. Брюшныя стѣнки справа все еще сильно напряжены, такъ что черезъ нихъ не удается ощупать брюшную полость. Болѣзненность вблизи подреберья все еще держится. Gargouillement. Притупленіе грудной клѣтки сзади справа немного больше, а также и дыханіе болѣе ослабленное, чѣмъ вчера. t° веч. 37,8. Ord.: Natr. Sal. Clysma.

Въ дальнѣйшемъ теченіи явленія со стороны брюшной полости съ каждымъ

днемъ быстро ослабѣвали въ своей интенсивности, и все болѣе выступали признаки *правосторонняго экссудативнаго плеврита*.

Какъ мы видѣли изъ исторіи болѣзни, даже на высотѣ обостренія перитонеальныхъ симптомовъ, все же удавалось уловить моменты, когда брюшныя мышцы разслаблялись и позволяли основательно ощупать правую половину живота, каковое изслѣдованіе давало только одни отрицательные результаты. Боли, болѣзненность живота и другія перитонеальныя явленія были въ данномъ случаѣ, несомнѣнно, рефлекторнаго происхожденія, а поздніе признаки плеврита указываютъ на діафрагмальную его локализацію.

Въ другомъ случаѣ (№ 1 тер.), наоборотъ, начальныя стадіи перитифлита были сочтены за правосторонній плевритъ.

Изъ другихъ острыхъ заболѣваній—*брюшной тифъ* въ началѣ нихъ стадіяхъ, по свидѣтельству многихъ авторовъ (Fowler, Korte, Deaver, Nothnagel, Dieulafoy [1]) Hooper May [2]), Moizard [3]), Щербинскій, Hare и др.) и какъ намъ самимъ приходилось наблюдать, можетъ повести къ ошибочному діагнозу перитифлита: явленія могутъ быть настолько сходными, что можетъ быть предпринята даже операція, такъ напр. Mühsam [4]) приводитъ подобный случай, гдѣ только на операціи установлено, что имѣется дѣло съ брюшнымъ тифомъ, именно, имѣлись тифозныя язвы слѣпой кишки, близкія къ прободенію. Реакція Widal'я дала положительныя результаты только нѣсколько дней спустя послѣ операціи.

Въ случаѣ Maurange'a [5]) нѣсколькими опытными врачами былъ поставленъ діагнозъ аппендицита и была предпринята операція, на которой, однако, оказалось, что червеобразный отростокъ былъ облитерированъ; температура послѣ операціи оставалась высокой и скоро была получена реакція Widal'я.

Въ случаѣ Rendu [6]) операція при діагнозѣ аппендицита была произведена на 3-ей недѣлѣ брюшного тифа.

---

[1]) Dieulafoy. Fièvre typhoïde simulante l'appendicite; opération; mort.—La Presse méd. № 13. 1901.

[2]) Hooper May. Brit. med. Journ. p. 1522. 1900.

[3]) Moizard—Journ. de méd. Juillet 10. 1899.

[4]) Mühsam R. Zur Differentialdiagnose der Appendicitis und des Typhus. Deut. med. Wochenschrift. № 32. 1901.

[5]) Maurange G. Fièvre typhoïde, à debut anormal, prise pour une appendicite à forme hypertoxique, traitée par l'intervention chirurgicale précoce et terminée par guérison.—Gaz hebd. Sept. 1899.

[6]) Rendu. Fièvre typhoïde simulante l'appendicite. Opération. Mort.—La sem. méd. № 6. 1901.

Дальнѣйшее теченіе, въ особенности реакція Widal'я при тифѣ, даетъ точный діагнозъ. Borchardt для дифференціальнаго діагноза совѣтуетъ изслѣдовать *кровь* на bact. coli comm. (большое количество крови, смѣшанное съ агаръ-агаромъ), а Bayet [1]) рекомендуетъ систематическое изслѣдованіе *мочи*, а также и *крови*: при перитифлитѣ кровяные сгустки имѣютъ *много фибрина*, а при тифѣ *мало*; важно также счисленіе кровяныхъ тѣлецъ: при воспалительныхъ процессахъ обнаруживается значительный лейкоцитозъ.

Weiss [2]) предлагаетъ въ сомнительныхъ случаяхъ производить изслѣдованіе крови на особую реакцію іода («Jodine reaction»), характерную, будто бы, для перитифлита.

Rendu указываетъ на отсутствіе напряженія брюшныхъ стѣнокъ при брюшномъ тифѣ въ противоположность напряженію ихъ при воспаленіи червеобразнаго отростка.

Намъ пришлось наблюдать такой случай:

Больная Вѣра П. Крестьянка, дѣвица, 25 лѣтъ, поступила въ больницу 28-го дек. 1897 г.

19-го декабря больная передвинула очень тяжелый столъ, послѣ чего появились *сильныя боли живота, внизу, справа* и въ поясницѣ и въ тотъ же день появилась *рвота* послѣ пріема пищи. Боли поясницы, живота и рвота продолжались до поступленія въ больницу. Со дня заболѣванія начались запоры по 2—3 дня. 4 года тому назадъ также сильно болѣлъ животъ и тоже послѣ подъема тяжелаго предмета; вообще, больная часто страдаетъ болями живота и запорами. 26-го декабря вечеромъ моча остановилась и была выпущена катетромъ только при пріемѣ въ больницу. Menses на 16-мъ году. Virgo intacta.

St. praes. Больная средняго роста, правильнаго тѣлосложенія и удовлетворительнаго питанія. Легкія и сердце нормальны, языкъ слегка обложенъ. Животъ умѣренно вздутъ, мягкій; при ощупываніи сильная болѣзненность въ области слѣпой кишки, гдѣ опредѣляется нѣсколько повышенная резистенція и рѣзкое урчаніе.

Начало заболѣванія послѣ сильнаго физическаго напряженія, предыдущія частыя заболѣванія живота и особенно мѣстныя и перитонеальныя явленія приводили къ подозрѣнію о заболѣваніи червеобразнаго отростка, но дальнѣйшее теченіе, появленіе розеолъ и пр. привели къ правильному діагнозу брюшного тифа.

Въ главѣ объ этіологіи перитифлитовъ, на стр. 175—178, мы

[1]) Bayet. Appendicite et fièvre typhoïde—Gaz. des hôp. № 85. 1901.

[2]) Weiss S. Differential diagnosis between abdom. typhoid and appendicitis by means of jodine reaction; report of a case. Journ of the Amer. med. Ass. Nov. 24. 1900.

указывали на то, что при брюшномъ тифѣ язвенныя измѣненія кишечника наблюдаются также и въ червеобразномъ отросткѣ и привели собственный случай, гдѣ эти брюшнотифозныя изъязвленія повели къ прободенію червеобразнаго отростка съ послѣдовательнымъ общимъ перитонитомъ. Конечно, прободеніе червеобразнаго отростка при брюшномъ тифѣ можетъ повести и къ ограниченному перитониту. Въ томъ и другомъ случаѣ, т. е. при общемъ и ограниченномъ перитонитѣ, предшествовавшее клиническое теченіе, а также реакція Widal'я—приводятъ къ правильному распознаванію.

Въ одномъ случаѣ въ теченіе брюшного тифа намъ пришлось наблюдать одно весьма рѣдкое осложненіе, которое по своимъ симптомамъ заставляло предполагать развитіе ограниченнаго гнойника вокругъ червеобразнаго отростка, перфорированнаго брюшнотифозной язвой. На операціи вмѣсто предполагаемаго гнойника, мы вскрыли большую гематому, начинавшуюся уже нагнаиваться, а на вскрытіи выяснилось, что кровотеченіе шло изъ брюшнотифозно-измѣненной брыжжеечной железы, при мало измѣненномъ червеобразномъ отросткѣ и вообще при отсутствіи какого либо кишечнаго прободенія.

Случай этотъ слѣдующій:

Больная *Надежда Ков.*, кр., дѣв., 28 лѣтъ, поступила въ больницу 25 апрѣля 1898 года, *умерла* 24 мая.

За недѣлю до поступленія въ больницу появились боли, ломота во всемъ тѣлѣ и лихорадочное состояніе.

St. praes. Больная хорошаго сложенія и питанія. Языкъ обложенъ, кончикъ и края его свободны. Животъ немного вздутъ, безболѣзненъ. Печень при дыханіи выступаетъ изъ подъ края реберъ. Селезенка прощупывается. Сердечные тоны чисты, толчекъ сердца по сосковой линіи въ 5-мъ межреберномъ промежуткѣ, правая граница доходитъ до середины грудины. Въ легкихъ ничего особеннаго. Menses. t^o 25/IV утр. 39°, пульсъ 104, t^o веч. 39,2.

26/IV. t^o утр. 38,5. Пульсъ 92. Menses прекратились. Животъ не болитъ. Стулъ не былъ. Жалуется на боль при глотаніи. Въ зѣвѣ краснота. t^o веч. 38,7.

Въ дальнѣйшемъ теченіи присоединились признаки инфлюэнцы съ насморкомъ и значительными бронхо-пневмоническими фокусами, при t^o до 39,2°.

5 утр. t^o 37,5. Пульсъ 80. Появились небольшія боли въ области слѣпой кишки; въ остальныхъ частяхъ живота безболѣзненъ.—За предшествовавшіе дни кашель съ каждымъ днемъ усиливался, а также и легочныя явленія, констатируемыя аускультаціей и перкуссіей, что заставило 8/v произвести изслѣдованіе мокроты на туберкулезныя палочки. 7/v появились пятна на груди и животѣ, сходныя съ розеолами, а 9/v получилась положительная реакція Widal'я.

9/v. t° утр. 38,7. Пульсъ 84. Опять появились боли живота, но объективно со стороны брюшной полости ничего ненормальнаго не опредѣляется. Селезенка увеличена и сегодня довольно ясно прощупывается. Стулъ былъ нормальный. Языкъ мало обложенъ. Кашель небольшой. t° вет. 39,0.

10/v. t° утр. 39,2. Пульсъ 88. Боли живота обостряются и сосредоточиваются въ правой половинѣ. Стула не было. t° вет. 38,2.

11/v. t° утр. 37,5. Пульсъ 84. Стулъ былъ нормальный. Животъ на ощупь немного болѣзненъ, не вздутъ. Верхушки легкихъ, особенно лѣвой спереди притуплены, слышенъ выдохъ; хрипов нѣтъ. t° веч. 39,6.

12/v. t° утр. 38,4. Пульсъ 84. Стула не было. Животъ болѣе вздутъ, болѣзненъ, особенно справа. Самочувствіе хорошее. t° веч. 38,6.

13/v. t° утр. 38,2. Пульсъ 88. Боли живота все увеличиваются, при ощупываніи болѣзненъ въ правой половинѣ. Стула не было. t° веч. 38,0 (послѣ ванны).

14/v. t° утр. 38,5. Пульсъ 88. Стула не было. Въ легкихъ тоже явленіе. Животъ мягкій, но болѣзненъ въ правой половинѣ, гдѣ прощупывается болѣзненная *опухоль*. t° веч. 38,9.

Съ этого времени *опухоль* въ правой половинѣ живота стала прощупываться все яснѣе и яснѣе, но перитонеальныя явленія, за исключеніемъ нарастающей болѣзненности опухоли, почти отсутствовали; также t° сравнительно съ предыдущимъ теченіемъ все осускалась ниже. Ощупываемую опухоль при такихъ явленіяхъ склонны были принять за смѣщенную *правую почку*; изслѣдованіе мочи обнаружило въ ней слѣды бѣлка и небольшое количество гнойныхъ тѣлецъ.

21-го v наступила рѣзкая перемѣна въ мѣстныхъ и общихъ явленіяхъ. t° утр. 38,0. Пульсъ 96. Со вчерашняго вечера сильныя боли живота, отъ которыхъ больная все время стонала, плакала и плохо спала; только послѣ порошка опія успала на нѣсколько часовъ. Стула не было.

Животъ не вздутъ и мало болѣзненъ слѣва и справа въ области почки, но зато весьма болѣзненъ *въ областп слѣпой кишки*, но изъ за весьма сильнаго напряженія брюшныхъ стѣнокъ опухоли сегодня не удается опупать. t° вет. 39,4.

Сдѣлано новое предположеніе, что здѣсь имѣется, наблюдаемая иногда при брюшномъ тифѣ, *haematoma m. recti Zenkeri*, перешедшая въ нагноеніе. Однако, другія явленія: сильное раздраженіе брюшины въ области слѣпой кишки и рѣзкое обострепіе, болѣе склоняли къ мысли, что имѣется *нагноеніе вокруг червеобразнаго отростка, перфорировавшаго брюшно-тифозной язвой*.

22/v. t° утр. 38,2. Пульсъ 100, малый. Ясно прощупывается большая плотная опухоль. Болѣзненность распространяется до l. alba, до sp. sup. ant. и кверху почти до края реберъ. Общее состояніе больной значительно ухудшилось. Больная переведена въ хирургическое отдѣленіе, гдѣ нами произведена боковая лапаротомія въ томъ же предположеніи, что имѣется брюшно-тифозный перитифлитическій нарывъ.

Разрѣзъ по наружному краю прямой мышцы живота отъ уровня пупка книзу на 12 сант. Подкожная и предбрюшинная клѣтчатка сильно отечны. По разрѣзѣ утолщенной и спаянной съ fascia transversa брюшины оказалось, что въ верхней половинѣ разрѣза брюшная стѣнка свободна отъ сращеній съ предлежащими инъецированными петлями кишекъ, въ нижней же половинѣ сплошь сращена съ подлежащими частями кровянисто-серозно пропитанными склейками. По введеніи въ свободную брюшную полость отграничивающихъ тампоновъ, приступлено къ освобожденію отъ склеекъ предлежащихъ петель кишекъ, послѣ чего обнаружена небольшая полость съ густымъ гноемъ, дальше же оказалась большая полость, наполненная сгустками крови. По удаленіи одного изъ большихъ сгустковъ открылось довольно сильное кровотеченіе, почему дальнѣйшее изслѣдованіе прекращено и полость затампонирована асептической марлей.—Сказанная полость лежала внутри и книзу отъ слѣпой кишки, между нею и петлями тонкихъ кишекъ.

Послѣ операціи больная слаба. t° веч. 36,0. Къ 10 ч. вечера больная стала еще слабѣе. Пульсъ нитевидный. Холодный потъ.

23/v. t° утр. 37,3. Больная крайне слаба. Пульсъ не прощупывается. Съ утра частая рвота. Животъ не вздутъ. t° веч. 38,2. 24/v въ 5 ч. утра exitus let.

Протоколъ вскрытія (прив.-доц. *А. Ив. Моисеевымъ*):

Degeneratio parenchymatosa musc. cordis. Splenisatio pulm. Hyperplasia lienis. Degenerat. parenchymatosa hepatis et renum. Ulcera typhosa intestini ilei. *Haematoma mesenterii et glandul. mesent. Typhus abdominalis.*

Сердце нормальной величины; стѣнки желудочковъ мягки и бѣдны. Легкія въ нижнихъ долях полнокровны и отечны, но содержатъ много воздуху. Селезенка увеличена, пульпа разрыхлена, темно-краснаго цвѣта, легко выскабливается, Печень нормальной величины, бѣдна, глинистаго цвѣта, границы долекъ сглажены. Почки нормальной величины, корковый слой помутнѣлъ, сѣраго цвѣта, плотность значительно понижена. На слизистой оболочкѣ intest. ilei, возлѣ valv. Bauchinii находятся соотвѣтственно Пейеровымъ бляшкамъ нѣсколько продолговатыхъ язвъ съ ровными краями и гладкимъ дномъ сѣраго цвѣта.

Въ *брыжейкѣ*, въ части ея, принадлежащей начальному отдѣлу восходящей толстой кишки, находится полость величиною не менѣе *кулака*, покрытая рыхлыми темнокрасными кровянистыми сгустками на внутренней поверхности ея стѣнокъ. Въ тощѣ стѣнокъ содержится темно-красная мозговидная ткань, принадлежащая сильно увеличеннымъ брыжеечнымъ железамъ.

Половые внутренніе органы особенныхъ измѣненій не представляютъ. Въ полости малаго таза находятся нѣсколько мягкихъ, свободно лежащихъ кровяныхъ сгустковъ. Брюшина всюду имѣетъ нормальный блескъ.

При первомъ взглядѣ казалось, что слѣпая кишка и часть восходящей толстой наполнены кровью и сообщаются съ вышеописанною полостью, лежащей между листками хорошо развитой здѣсь брыжейки — mesenterii ileo-coecalis. Но

вкрытіи же слѣпой и восходящей кишокъ оказалось, что онѣ совершенно свободны отъ крови и слизистая ихъ мало измѣнена и не имѣется никакихъ проводеній стѣнокъ и сообщенія просвѣта кишекъ съ описанной полостью. Кровоизліяніе же не только раздвинуло листки брыжейки, но и *отслоило также серозный покровъ слѣпой и восходящей толстой кишки* на протяженіи 12—15 стм., что и давало тѣмъ впечатлѣніе кровоизліянія въ слѣпую и толстую кишку.— *Червеобразный отростокъ* очень длинный, въ 15 стм.,—идетъ дугообразно вверхъ подъ мѣстомъ впаденія intest. ilei въ слѣпую кишку и подъ гематомой къ корню брыжейки. Онъ нормальной толщины (0,5 стм.) и серозный покровъ его нормальный, безъ склеекъ, только на разстояніи 4,0 стм. отъ основанія небольшая шероховатость и рубцевое измѣненіе стѣнки. Просвѣтъ отростка всюду проходимъ, даже и въ рубцево-измѣненной части и содержитъ каниеобразную слизь.

По снятіи плотно сидящихъ сгустковъ крови со дна описываемой полости среди другихъ мозговидно-измѣненныхъ брыжеечныхъ железъ найдена одна, наиболѣе увеличенная (до величины грецкаго орѣха); при детальномъ изслѣдованіи ея обнаружено, что одинъ изъ болѣе крупныхъ брыжеечныхъ сосудовъ погружается въ эту железу и черезъ нее открывается въ полость. Отсюда выяснилось, что кровотеченіе вызвано распаденіемъ нормально увеличенныхъ брыжеечныхъ железъ, повлекшихъ за собою также и распаденіе стѣнокъ кровеносныхъ сосудовъ.

Макроскопическій видъ увеличенныхъ брыжеечныхъ железъ заставлялъ предполагать какое либо злокачественное новообразованіе, но микроскопическое изслѣдованіе обнаружило, что мы имѣемъ здѣсь обычно встрѣчающуюся при брюшномъ тифѣ *гиперплазію брыжеечныхъ железъ*,] а въ данномъ случаѣ въ ненормально широкихъ размѣрахъ, что повлекло за собою распадъ ткани и сосудовъ въ центральныхъ частяхъ съ послѣдовательнымъ кровотеченіемъ.

Подобное осложненіе въ теченіе брюшного тифа относится, между прочимъ, къ весьма рѣдкимъ явленіямъ. Такъ въ доступной намъ литературѣ мы нашли всего *одинъ случай*, наблюдавшійся также въ женской Обуховской больницѣ и описанный д-ромъ Яроцкимъ [1]). Его случай отличается отъ нашего тѣмъ, что у него кровотеченіе произошло не внутрь брыжейки, а въ свободную брюшную полость, и сходенъ съ нашемъ въ томъ, что, повидимому, и у него кровотеченіе произошло изъ железы, лежащей *вблизи слѣпой кишки*.

Въ запущенныхъ случаяхъ перитифлита съ развитіемъ громадныхъ гнойниковъ, поднимающихся въ поясничную и поддіафрагмальную область, какъ при внутрибрюшинномъ такъ, и при забрюшинномъ распространеніи ихъ, могутъ быть колебанія въ діагнозѣ въ сторону *паранефритическихъ или поддіафрагмальныхъ гнойниковъ*. Тоже относится къ случаямъ съ ненормально расположеннымъ червеобразнымъ отросткомъ въ области почки или печени, когда гнойники съ самаго начала развиваются въ названныхъ областяхъ, оставляя обычное мѣсто перитифлитическихъ нарывовъ—подвздошно-слѣпую ямку—свободной. Въ такихъ случаяхъ не рѣдко діагнозъ не устанавливается и операцій.

Въ главѣ объ осложненіяхъ мы подробно изложимъ, какъ въ запущенныхъ случаяхъ перитифлитическая опухоль механически, давленіемъ на сосѣдніе кишечныя петли, можетъ вызвать относительную или полную *кишечную непроходимость*; а равно и при малой опухоли склейки между нею и петлями кишекъ и склейки, остающіяся по окончаніи процесса, могутъ также вызвать кишечную непроходимость.

Предшествовавшія перитифлитическія явленія или могутъ пройти незамѣченными; или быть неточно переданными въ анамнезѣ и тогда причина кишечной непроходимости остается невыясненной или ложно распознанной—это съ одной стороны; съ другой стороны кишечная непроходимость, вызванная другими причинами можетъ развиться при признакахъ, весьма близко напоминающихъ острое заболѣваніе червеобразного отростка съ перитонеальными явленіями: внезапнымъ началомъ, рвотой, сильной болью живота въ правой половинѣ, задержкой стула и газовъ и. т. п.

Такъ, мы уже говорили на стр. 280 о подвздошно-слѣпой инвагинаціи, внутреннихъ ущемленіяхъ въ карманахъ брюшины подвздошно-слѣпой ямки, укажемъ здѣсь также и на ошибочно діагносцированные случаи внутреннихъ ущемленій вслѣдствіе странгуляцій старыми тяжами отъ прежде бывшихъ перитонитическихъ процессовъ, *дивертикуломъ* Meckel'я (Fowler, Веселовзоровъ[1]), Dornall и др.[2]), вслѣдствіе внутренняго *ущемленія* въ fossa duodenojejunalis Treves'a (Fowler, Robinson, Hawkins и др. см. ниже), вслѣдствіе *странгуляціи самимъ червеобразнымъ отросткомъ* (Fowler и др.), вслѣдствіе ущемленія большихъ *желчныхъ*

---

[1]) Яроцкій А. И. Случай кровоизліянія въ полость живота при брюшномъ тифѣ изъ набухшихъ мезентеріальныхъ железъ.—Больничная газета Боткина. № 2 8. 1896.

[1]) Веселовзоровъ Н. Н. Къ казуистикѣ внутренняго ущемленія Миккелевскаго дивертикуломъ. Больнич. Газ. 1901.

[2]) Dornall. A case of gangrenous inflammation of Meckel's diverticulum simulating appendicitis.-N.-Y. med. Journ. June 12. 1901.

камней въ кишечникѣ (Sonnenburg, Kölliker, Helferich[1]) и др.) и т. п.

Рѣже встрѣчаются ошибки въ обратномъ смыслѣ, т. е. случаи перитифлита, симулирующіе кишечную непроходимость; однако, бурное начало перитифлита съ рвотой, задержкой стула на первыхъ порахъ, можетъ дать картину кишечной непроходимости: подобные случаи описаны Tixier [2]), Cestan'омъ [3]) и др.

Въ дифференціально - діагностическомъ отношеніи важны слѣдующіе признаки: боль живота вначалѣ бываетъ разлитая, но въ дальнѣйшемъ теченіи сосредоточивается при перитифлитѣ въ подвздошно-слѣпой ямкѣ, при кишечной непроходимости — или у пупка, или на мѣстѣ ущемленія, странгуляціи или инвагинаціи. При мѣстонахожденіи послѣднихъ въ области слѣпой кишки, распознаваніе, конечно, еще болѣе затемняется. Рвота при кишечной непроходимости бываетъ частая, упорная и переходящая въ каловую, тогда какъ при перитифлитѣ рвота умѣренная. Далѣе—задержка испражненій и газовъ при перитифлитѣ не столь безусловная, какъ при кишечной непроходимости. Наконецъ, при острой обструкціи, вслѣдствіе одновременнаго дѣйствія двухъ факторовъ—механической непроходимости и кишечнаго пареза—метеоризмъ развивается весьма быстро, тогда какъ при перитифлитѣ (перитонитѣ) вздутіе живота, при дѣйствіи только одного кишечнаго пареза, развивается болѣе медленно.

Острые ограниченные перитифлиты иногда протекаютъ, въ начальныхъ стадіяхъ заболѣванія, при столь бурныхъ явленіяхъ раздраженія брюшины, что нѣтъ возможности дифференцировать ихъ отъ *остраго диффузнаго перитонита*, хотя дальнѣйшее выжиданіе скоро рѣшаетъ сомнѣнія.

Съ другой стороны, при развитіи общаго перитонита часто весьма трудно бываетъ распознать исходную точку его. Это относится особенно къ первичнымъ перитонитамъ, присоединяющимся къ прободенію червеобразнаго отростка, хотя и вторичные, при скудныхъ анамнестическихъ данныхъ, не всегда могутъ быть распознаны, какъ развившіеся вслѣдствіе прободенія перитифлитическаго гнойника.—Выше мы говорили уже о дифференціальномъ діагнозѣ между перитифлитическимъ перитонитомъ и перитонитомъ вслѣдствіе прободенія желудка, 12-перстной кишки и желчнаго пузыря; изъ другихъ формъ прободныхъ перитонитовъ остается еще упомянуть о перитонитахъ вслѣдствіе прободенія брюшно-тифозныхъ и туберкулезныхъ язвъ. При брюшно-тифозныхъ прободныхъ перитонитахъ въ громадномъ большинствѣ случаевъ, предшествующее теченіе болѣзни, а въ сомнительныхъ случаяхъ реакція Widal'я — опредѣляютъ діагнозъ; при туберкулезныхъ прободныхъ перитонитахъ лишь въ рѣдкихъ случаяхъ имѣется только кишечный туберкулезъ, обычно же онъ констатируется и въ другихъ органахъ, а кромѣ того, самъ кишечный туберкулезъ протекаетъ при весьма характерныхъ симптомахъ.

Перитифлитическіе прободные перитониты среди другихъ прободныхъ перитонитовъ занимаетъ по своей частотѣ очень видное мѣсто:

Такъ, по даннымъ Bounèss'a [1]), прободные перитониты констатированы вслѣдствіе прободенія:

брюшнотифозныхъ язвъ . .	16 разъ
червеобразнаго отростка . .	11 »
язвъ желудка	9 »
туберкулезныхъ язвъ кишечника	7 »

Почти въ такой же пропорціи опредѣлены они и Grawitz'емъ [1]):

Вслѣдствіе прободенія	брюшнотифозныхъ язвъ .	32 раза
»	» червеобразнаго отростка .	24 »
»	» язвъ желудка	16 разъ
»	» туберкулезныхъ язвъ кишечника.	19 »

Ranvers же и Sonnenburg полагаютъ, что 80 — 90% всѣхъ диффузныхъ перитонитовъ перитифлитическаго происхожденія.

При глубокомъ положеніи червеобразнаго отростка въ маломъ тазу, его воспаленіе у мужчинъ можетъ быть сочтено за гнойный *простатитъ*, какъ и, наоборотъ, гнойный простатитъ при распро-

страненіи флегмоны по клѣтчаткѣ таза, или при прорывѣ ея черезъ брюшину съ развитіемъ ограниченнаго или диффузнаго перитонита, можетъ быть принять за тазовой перитифлитъ. Въ большинствѣ случаевъ, предшествовавшее заболѣваніе простаты и анамнезъ предохраняютъ отъ ошибки.

Въ несравненно болѣе тѣсныхъ взаимныхъ отношеніяхъ находится червеобразный отростокъ съ *женскими внутренними половыми органами*, чѣмъ съ какими либо другими органами брюшной полости, поэтому заболѣванія отростка и женскихъ половыхъ органовъ въ *дифференціально-діагностическомъ отношеніи* представляютъ наиболѣе обширную главу въ ученіи о перитифлитахъ, весьма интересную и важную въ теоретическомъ и практическомъ отношеніяхъ.

Во 1-хъ, червеобразный отростокъ, какъ мы видѣли въ главѣ объ анатоміи его, весьма часто спускается въ полость малаго таза и находится здѣсь въ весьма близкомъ отношеніи съ половыми органами;

во 2-хъ, женскіе половые органы иногда поднимаются ненормально высоко изъ полости малаго таза;

въ 3-хъ, воспалительные процессы, исходящіе отъ червеобразнаго отростка, могутъ спуститься въ полость малаго таза;

въ 4-хъ, наоборотъ, воспалительные процессы, исходящіе изъ женскихъ половыхъ органовъ могутъ подняться вверхъ до подвздошно-слѣпой ямки;

въ 5-хъ—между червеобразнымъ отросткомъ и правыми придатками матки существуетъ анатомическая связь въ лицѣ lig. appendiculo-ovaricum (стр. 80 и 183) и

въ 6-хъ, заболѣваніе придатковъ и червеобразнаго отростка *случайно* можетъ быть *одновременнымъ*.

Всѣ перечисленные шесть факторовъ дѣлаютъ дифференціальную діагностику заболѣваній червеобразнаго отростка и придатковъ не рѣдко весьма трудной, а подчасъ и невозможной. Къ счастью, въ практическомъ отношеніи ошибка въ діагнозѣ не имѣетъ во многихъ случаяхъ большого значенія, такъ какъ при томъ и другомъ страданіи леченіе часто оказывается совпадающимъ.

Однако, въ другихъ, также не рѣдкихъ случаяхъ, неправильное распознаваніе можетъ имѣть очень печальныя послѣдствія, примѣромъ

чему можетъ служить случай Kümmel'я [1]), который удалилъ червеобразный отростокъ у женщины, страдавшей много лѣтъ болями живота: въ первый разъ, больная обратилась къ одному гинекологу, который, предполагая, что у ней поражены правый яичникъ, удалилъ послѣдній. Выздоровленія, однако, не послѣдовало. Тогда онъ вырѣзалъ ей и лѣвый яичникъ. Не улучшилось состояніе больной и отъ этой операціи. Тогда больная обратилась къ другому гинекологу, который произвелъ ей ампутацію шейки матки и выскабливаніе матки. Но и эта операція не принесла пользы и больная въ очень плохомъ состояніи попала подъ наблюденіе Kümmel'я, который произвелъ ей ампутацію червеобразнаго отростка, дѣйствительно, оказавшагося перфорированнымъ въ двухъ мѣстахъ. Только послѣ этой (четвертой!) операціи наступило выздоровленіе.

Сходный случай сообщаетъ также Малиновскій [2]): у больной была удалена матка съ придатками изъ-за гнойнаго воспаленія трубъ. Черезъ нѣкоторое время, однако, опять появилась боль и больной вновь была произведена лапаротомія, на которой были разорваны только склейки въ области слѣпой кишки. Исчезнувшіе первое время боли вскорѣ опять появились и въ правой подвздошной области можно было прощупать опухоль. Малиновскій произвелъ лапаротомію и удалилъ воспаленный и утолщенный червеобразный отростокъ, послѣ чего больная оправилась.

Главнѣйшіе *общіе* признаки заболѣваній придатковъ матки слѣдующіе:

Одна изъ особенностей свопалительныхъ состояній придатковъ—есть *двухсторонность*, такъ какъ въ большинствѣ случаевъ воспалительная инфекція, проникая изъ полости матки, распространяется по обѣимъ трубамъ. Поэтому существованіе признаковъ лѣвосторонняго, а тѣмъ болѣе—*исключительно* лѣвосторонняго воспалительнаго процесса, говоритъ за заболѣваніе придатковъ. Однако, изъ этого общаго правила существуетъ масса исключеній: какъ и при исключительной *правосторонней* локализаціи воспалительныхъ симптомовъ, какъ это мы увидимъ ниже, наблюдается много случаевъ заболѣваній только правыхъ придатковъ, такъ и при исключительной лѣвосторонней локализаціи симптомовъ, вмѣсто ожидаемаго ги-

---

[1]) Kümmel. Zur Radicalbehandlung der Perityphlitis durch frühzeitige Resection des Proc. vermif.—Arch. f. klin. Chir. XL. 1890.

[2]) Малиновскій Л. А. Къ вопросу о связи между заболѣваніемъ червеобразнаго отростка и тазовыми органами у женщинъ. Акушер.-Гинекол. Общ. въ Кіевѣ. Засѣд. 30 Янв. 1901. Врачъ № 25. 1901.

некологическаго страданія, можетъ быть заболѣваніе червеобразнаго отростка, такъ въ случаяхъ situs inversus viscerum, или только intestinorum (см. стр. 46), или при положеніи одной слѣпой кишки, или червеобразнаго отростка, или даже только верхушки отростка въ лѣвой половинѣ живота, а также при распространеніи гнойника влѣво. Въ такихъ случаяхъ возможенъ не только ошибочный діагнозъ заболѣваній лѣвосторонних придатковъ, но и также прободенія S.-Romanum и т. п.

Дальнѣйшіе общіе признаки, указывающіе на воспалительное заболѣваніе придатковъ: *желтоватыя, разъѣдающія выдѣленія изъ рукава и uretritis*. Если во время изслѣдованія этихъ явленій уже нѣтъ, то необходимо справиться о нихъ въ анамнезѣ. Возможно, что за болѣе или менѣе короткое время до настоящаго заболѣванія, названныя явленія стихли или даже совершенно исчезли, и процессъ, переходя отъ влагалища къ маткѣ и затѣмъ къ придаткамъ, локализировался исключительно въ послѣднихъ.

Болѣе близкое изученіе заболѣваній червеобразнаго отростка съ одной стороны и гинекологическихъ заболѣваній съ другой, привело въ послѣднее время къ болѣе правильному дифференцированію тѣхъ и другихъ заболѣваній и поэтому по новѣйшимъ статистическимъ даннымъ оказывается, что большее предрасположеніе мужчинъ къ заболѣваніямъ червеобразнаго отростка не столь значительное, какъ принимали раньше (см. стр. 181), что заставляетъ предполагать, что многіе случаи перитифлитовъ у женщинъ въ прежнее время относились къ числу гинекологическихъ заболѣваній. Нѣкоторые изъ новѣйшихъ авторовъ (Sonnenburg и др.) даже принимаютъ одинаковое предрасположеніе у обоихъ половъ.

Разсмотримъ дифференціально-діагностическіе признаки отдѣльно между перитифлитомъ и различными формами заболѣваній придатковъ.

Диффузный перитонитъ, исходящій изъ червеобразнаго отростка или отъ придатковъ. Тотъ и другой можетъ развиться внезапно, среди хорошаго состоянія здоровья. Клиническіе признаки того и другого одинаковы: рвота, икота, болѣзненность всего живота, сильное напряженіе брюшныхъ стѣнокъ, facies peritonealis и т. п. Однако, степень проявленія различныхъ симптомовъ различна: при аппендикулярномъ перитонитѣ всѣ явленія сказываются гораздо бурнѣе, чѣмъ при перитонитѣ, берущемъ начало изъ половыхъ придатковъ и общее состояніе, теченіе и исходъ болѣзни также гораздо тяжелѣе. Причина тому лежитъ въ различныхъ инфекціонныхъ возбудителяхъ: при прободеніи червеобразнаго отростка главную роль играетъ кишечная палочка (bacterium coli commune) имѣющая при извѣстныхъ условіяхъ, какъ мы это видѣли въ другомъ мѣстѣ, весьма значительную вирулентность; кромѣ нея имѣются также и другія кишечныя бактеріи, въ томъ числѣ стафилококкъ и стрептококкъ. Поэтому то здѣсь чаще всего наблюдается такъ называемый септическій перитонитъ. При гинекологическомъ же перитонитѣ, развивающемся вслѣдствіе излиянія гноя въ свободную брюшную полость изъ трубы, въ большинствѣ случаевъ гноеродныхъ возбудителемъ является гонококкъ, къ которому брюшина относится болѣе толерантно (Wertheim [1]), Bumm [2]); при этой формѣ перитонита образуются въ изобилии фибриновыя отложенія, которыя, склеивая кишки, ставятъ преграды дальнѣйшему распространенію инфекціи.

Исходъ болѣзни можетъ служить отличнымъ выраженіемъ ея тяжести.

Всѣ наши больныя, оперированныя по поводу общаго аппендикулярнаго перитонита погибли, а также погибли и леченныя консервативно (мы не говоримъ здѣсь о двухъ случаяхъ общаго перитонита, окончившихся выздоровленіемъ (№№ 55 и 57), такъ какъ въ этихъ случаяхъ, диффузный перитонитъ развился послѣ операціи и сравнительно медленно—подробнѣе мы сообщимъ о нихъ въ другомъ мѣстѣ), тогда какъ изъ трехъ больныхъ оперированныхъ по поводу общаго перитонита, развившагося въ 2-хъ случаяхъ изъ гнойнаго сальпингита и въ 3-мъ случаѣ изъ лопнувшей нагноившейся кисты яичника, выздоровѣло двѣ.

Не смотря, однако, на кажущееся рѣзкое различіе той и другой формы, дифференцированіе ихъ часто представляетъ непреодолимыя трудности. Степень тяжести болѣзни не такъ легко измѣрима въ каждомъ конкретномъ случаѣ, а съ присоединеніемъ какихъ либо признаковъ, наиболѣе свойственныхъ другой болѣзни, діагнозъ еще въ большей степени затемняется. Къ тому же, данныя объективныхъ изслѣдованій, весьма трудныхъ при столь сильной болѣзненности живота, часто не отвѣчаютъ дѣйствительности или же неопредѣленны.—Такъ, упомянутые, три случая оперированы при большей вѣроятности, что имѣется дѣло съ прободнымъ перитифлитическимъ перитонитомъ, какъ это видно изъ приводимыхъ вкратцѣ исторій болѣзни больныхъ:

[1]) Wertheim. Arch. f. Gynäkol. Bd. XLII. 1892.
[2]) Bumm. Centralbl. f. Gynäkol. № 50. 1896.

1-й случай: *Татьяна Гур.*, кресть., вд., 42 лѣтъ. Поступила въ больницу 31-го декабря 1896 года, выписалась 19-го апрѣля 1897 года. Заболѣла 26-го декабря внезапно сильными болями внизу живота, особенно справа, а также подъ ложечкой. Съ 30-го боль еще усилилась и распространилась по всему животу, появилась тошнота и рвота. Слабило 29-го и 30-го понемногу. Около 5 лѣтъ страдаетъ болями живота, подъ ложечкой и въ правой подвздошной области и запорами. При испражненіяхъ часто выпадаетъ прямая кишка. Menses на 22-мъ году, черезъ 4 недѣли по 7 дней, обильныя, но безъ боли. Послѣднія 2 года кровей нѣтъ. Не рожала и не выкидывала.

St. praes. Больная средняго роста и питанія. Животъ равномѣрно и умѣренно вздутъ и всюду болѣзненъ на ощупь. Особенно рѣзко выражена болѣзненность въ правой подвздошной области, гдѣ при перкуссіи получается слегка притупленный тонъ. Прищупать что либо ясно не удается изъ за сильнаго напряженія брюшныхъ стѣнокъ. Изслѣдованіе per vaginam кромѣ небольшого увеличенія праваго яичника ничего особеннаго не обнаруживаетъ. Общее состояніе тяжелое; ясно выраженное facies peritonealis. Стула сегодня не было. t^{o} утр. 39,3. t^{o} веч. 38,3.

31/хп. t^{o} утр. 38,3. Послѣ клизмы немного прослабило. Со стороны живота явленія тѣже.

Подъ хлороформнымъ наркозомъ произведена Г. Ф. Цейдлеромъ лапаротомія разрѣзомъ по l. alba, начиная отъ пупка внизъ. По вскрытіи брюшинного листка показалась между петлями кишекъ серозно-гнойная жидкость. Самое большое скопленіе жидкости было *справа въ тазу и вокругъ слѣпой кишки. Червеобразный отростокъ не представлялъ измѣненій, правая же труба была раздута и на концѣ ея имѣлось пробудное отверстіе, изъ котораго выдавливался гной.* Труба съ яичникомъ ампутированы межъ двухъ лигатуръ. Во всѣ стороны брюшной полости введены отсасывающіе асептическіе тампоны. Сухая асептическая повязка.

Послѣоперационное теченіе первые 9 дней было очень тяжелое, рвота съ примѣсью кала не прекращалась всѣ эти дни, затѣмъ больная стала оправляться и къ 16/іп все зажило. 31/іп рубецъ изсѣченъ и наложены вторичные швы по принятому нами правилу. 19/iv больная выписалась вполнѣ здоровой при нормальномъ отправленіи кишечника.

Во 2мъ- случаѣ общій перитонитъ развился изъ лопнувшей нагноившейся кисты праваго яичника. Здѣсь также объективныя изслѣдованія не давали указанія на заболѣваніе внутреннихъ половыхъ органовъ.

3-й случай. Евдокія Абр., кресть., замуж., 32 л. Поступила въ больницу 8-го мая 1898 г., умерла 11-го мая.

Anamnm. Заболѣла 6-го мая: внезапно появились боли *въ правой подвздошной области*, перешедшія на слѣдующій день на весь животъ. До болѣзни былъ

большой запоръ. 6-го мая, когда уже появились боли, былъ поставленъ клистиръ, послѣ котораго хорошо прослабило; вечеромъ того же дня былъ поставленъ 2-й клистиръ, отъ котораго также прослабило. 2 недѣли какъ лечится отъ малокровія. *Menses* на 15-мъ году, черезъ 3—4 недѣли по 7 дней, обильныя, безъ боли, въ послѣднее же время съ болями. Послѣдніе регулы дней 10 тому назадъ, *около мѣсяца небольшія были*. Рожала 5 разъ въ срокъ, 1-й разъ на 20-мъ году, послѣдній 1 г. 3 мѣс. тому назадъ. Выкидышъ 1.

St. praes. Больная средняго роста, правильнаго тѣлосложенія, худощава и сѣдена; языкъ суховатъ, сильно обложенъ. Больная стонетъ отъ сильныхъ схваткообразныхъ болей живота, начинающихся отъ пупка и продолжающихся вверхъ. Стула не было со времени клизмъ. Животъ напряженъ, на ощупь очень болѣзненъ въ нижней половинѣ, особенно справа, гдѣ *madi crisa ilei dextra* плохо прощупывается повышенная резистенція, безъ опредѣленныхъ границъ, очень болѣзненная на ощупь. *Область непосредственно надъ Пупартовой связкой свободна отъ резистенцій и почти безболѣзненна.* Тонъ сердца глуховаты, но чисты. Пульсъ 90, плохого наполненія. Дых. 50, поверхностное. Больная слаба, t^{o} утр. 39,5 t^{o} веч. 39,7.

9-го мая t^{o} утр. 39,6. Пульсъ 108, плохого наполненія. Дых. 52. Ночь не спала изъ за сильныхъ болей живота. Животъ болѣе вздутъ и весьма болѣзненъ *особенно справа*. Прощупать что либо изъ за сильнаго напряженія брюшныхъ стѣнокъ не удается. Стула не было. Вѣтры не отходятъ. Мочеиспусканіе съ рѣзью. Per vaginam: небольшія бѣли. Въ правомъ сводѣ прощупывается нѣкоторая тѣстоватость, заходящая немного въ задній сводъ. Uterus подвижный. Per rectum ничего опредѣленнаго не прощупывается Въ rectum порядочное количество твердаго кала.

Подъ хлороформнымъ наркозомъ (30,0) произведена нами боковая лапаротомія дугообразнымъ, типичнымъ для перитефлита, разрѣзомъ въ 15 снтм. длиною. По вскрытіи брюшины показался жидкій, *безъ запаха*, гной. Склеекъ между кишками не было (диффузный перитонитъ), червеобразный отростокъ безъ измѣненій. Гною больше справа. Въ виду крайней слабости больной дальнѣйшихъ попытокъ выяснить причину перитонита не было произведено.

Во всѣ стороны брюшной полости введены асептическіе тампоны, поверхъ асептическая повязка.

11-го мая въ 9 ч. утра exitus.

12-го мая. Sectio partialis.

Протоколъ вскрытія (прив. доц. А. Ив. Моисеевымъ): полость живота свободна. Брюшина кишекъ розово-краснаго цвѣта, лишена блеска. Петли кишекъ склеены между собою тонкими фибриновыми пленками. Матка нормальной величины; слизистая оболочка ея немного утолщена, краснаго цвѣта и покрыта гноевиднаю жидкостью бѣлаго цвѣта.

Трубы умѣренно расширены, стѣнки ихъ темнокрасного цвѣта; при давленіи черезъ брюшное отверстіе отдѣляется бѣлая гноевидная жидкость. Яичники полнокровны, безъ особыхъ измѣненій.

Diagnosis anatomica: peritonitis purulenta acuta diffusa. Endometritis et salpingitis purulenta.

Въ данномъ случаѣ, хотя имѣлись указанія, что развитію перитонита предшествовало заболѣваніе половыхъ органовъ (бѣли), однако, явленія со стороны живота рѣзче всего были выражены справа, въ подвздошно-слѣпой области (сильная болѣзненность и резистенція), а непосредственно надъ входомъ въ полость таза болѣзненность была наименьшая. Эта односторонняя локализація и высокое положеніе, какъ мы увидимъ сейчасъ, имѣетъ даже рѣшающее значеніе въ пользу заболѣванія червеобразнаго отростка. Общее весьма тяжелое состояніе также склоняло больше къ предположенію перитифлитическаго происхожденія перитонита. Поэтому то и разрѣзъ былъ избранъ обычный для перитифлита.

Ограниченные гинекологическіе тазовые перитониты (pelveoperitonitis) часто начинаются при такой же клинической картинѣ, какъ и ограниченные перитониты вокругъ червеобразнаго отростка: внезапно развиваются сильныя боли всего живота, тошнота, рвота, сильное напряженіе брюшныхъ стѣнокъ, болѣзненность всего живота при ощупываніи, малый и частый пульсъ, частое и поверхностное дыханіе, высокая t^0, икота, озноѣъ.

Вслѣдствіе сильнаго напряженія брюшныхъ стѣнокъ пальпаторныя изслѣдованія въ такихъ случаяхъ не даютъ ничего положительнаго, но все же степень раздраженія брюшины, какъ мы говорили уже выше, различна при обоихъ страданіяхъ; оно сильнѣе при перитифлитѣ и поэтому клиническія явленія послѣдняго гораздо буріе.

Предшествовавшія заболѣванія половой сферы (*гнойныя выдѣленія, urethritis*) или послѣдствія ихъ (безплодіе, очень болѣзненныя регулы), бывшія какія либо гинекологическія операціи и т. п. склоняютъ діагнозъ въ сторону гинекологическаго заболѣванія, тогда какъ предшествовавшіе припадки перитифлита, разстройство кишечника, даже погрѣшности въ діэтѣ указываютъ на перитифлитъ.

Въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни подъ вліяніемъ покоя, опія и льда, общія явленія раздраженія брюшины стихаютъ, и ясно выступаютъ симптомы, характерные для той или другой болѣзни. Боль локализируется вокругъ заболѣвшаго органа, гдѣ удается

прощупать если не опухоль, то повышенную резистентность, очень болѣзненную на ощупь. Локализація боли и экссудата имѣетъ громадное дифференціально-діагностическое значеніе:

При перитифлитѣ, при нормальномъ положеніи червеобразнаго отростка, это Mc. Burney'евская *точка: низкое же положеніе экссудата и болѣзненности глубже Пупартовой связки* говоритъ за *заболѣваніе придатковъ*. Гинекологическое изслѣдованіе даетъ весьма цѣнныя указанія, также и изслѣдованіе per rectum. Тазовые экссудаты чаще всего скопляются въ Дугласовомъ пространствѣ, оттѣсняя матку кпереди, такъ что portio vaginalis ощупывается вплотную за symphysis. Отсутствіе какой либо связи прощупываемой черезъ брюшныя стѣнки опухоли съ маткой или ея придатками, а также отсутствіе болѣзненности сводовъ исключаетъ заболѣваніе придатковъ. Въ сомнительныхъ случаяхъ, по мнѣнію Richelot[1]) Sonnenburg'a, Krüger'a[2]) и др., высокое положеніе опухоли и боли съ одной правой стороны говорятъ за заболѣваніе червеобразнаго отростка и противъ заболѣванія придатковъ, какъ, наоборотъ, боли съ обѣихъ сторонъ, а особенно болѣе сильныя слѣва, указываютъ на заболѣваніе придатковъ.

При очень же низкомъ положеніи червеобразнаго отростка въ полости малаго таза, діагнозъ заболѣванія послѣдняго представляетъ большія трудности. Въ этихъ случаяхъ локализація болѣзненности и экссудата таже, что и при тазовомъ гинекологическомъ перитонитѣ. Fowler считаетъ даже, что дифференціальный діагнозъ возможенъ здѣсь только ргі laparotomiam.

Анамнезъ, начало болѣзни могутъ дать въ этихъ случаяхъ только нѣкоторое указаніе, но отнюдь не рѣшающее. По мнѣнію Borchardt'a въ такихъ сомнительныхъ случаяхъ рѣшающее значеніе можетъ имѣть бактеріологическое изслѣдованіе, именно присутствіе bacterium coli commune безусловно, будто бы, говоритъ за перитифлитъ. Borchardt даже считаетъ невѣроятнымъ, что Martin[3]) въ гнойникѣ яичника и въ гною изъ трубы нашелъ въ большомъ количествѣ bacterium coli commune.

Однако, мнѣніе Borchardt'a не оправдывается изслѣдованіями другихъ авторовъ. Такъ, кромѣ Martin'a, проф. Tavel и Lanz[4]) въ

[1]) Kicgelot. De l'appendicite chez la femme. — Bull. et mém. de la soc. de Paris T. VI, p. 625 1891.

[2]) Krüger. Appendicitis und ihre Beziehungen zu den weiblichen Genitalorganen.—Deutsche Zeitschrift fur chirur. XLV Bd. 3 u. 4 1897.

[3]) Martin. Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins. Sitzung vom 11 Jan. 1897.

[4]) l. c.

одномъ случаѣ нагноившейся дермоидной кисты праваго яичника, наряду съ другими бактеріями обнаружили микроскопически и бактеріологически bact. coli comm. Никакого слѣда связи кисты съ кишечникомъ не оказалось.

Krönig[1]) также приводитъ одинъ случай, гдѣ было доказано, что кишечная палочка изъ послѣродоваго періодѣ (послѣ преждевременныхъ родовъ) перешла изъ инфицированной маточной полости на слизистую трубы; червеобразный же отростокъ былъ приращенъ къ трубѣ уже вторично.

Schenk[2]) приводитъ 2 случая, гдѣ онъ въ послѣродовомъ секціи нашелъ въ плацентѣ и перитоническомъ экссудатѣ кишечную палочку, которая по его мнѣнію попала изъ rectum или urethra, гдѣ она встрѣчается не рѣдко.

Всѣ перечисленные дифференціально-діагностическіе признаки по нашимъ даннымъ имѣютъ относительное значеніе. Какъ мы увидимъ сейчасъ на приводимыхъ примѣрахъ, ни отсутствіе бѣлей, ни исключительная локализація процесса въ правой сторонѣ не исключаютъ заболѣванія правосторонняхъ придатковъ, какъ, наоборотъ, присутствіе бѣлей и лѣвосторонняя локализація не говоритъ противъ перитифлита.

Примѣры эти слѣдующіе.

1-ый случай. Марія Лук., жен., 38 л. Поступила *въ больницу* 25 сентября 1895 года. Выписалась 26 ноября.

Anamn. Считаетъ себя больной недѣли 1½, въ теченіе которыхъ былъ боли внизу живота. Послѣдніе 5 дней боли живота, особенно въ правой подвздошной области, настолько обострились, что больная слегла въ постель. 1 разъ была рвота. Испражненія задержаны. Послѣ клизмы прослабило. Рожала 1 разъ, 12 лѣтъ тому назадъ. Menses правильныя. *Бѣлей не было.* До настоящаго заболѣванія больная считала себя вполнѣ здоровой.

St. praes. Больная производитъ впечатлѣніе тяжело больной. Легкій icterus. Пульсъ малый и частый. Жалобы на боль живота, которая рѣзче выражена въ правой половинѣ. Здѣсь около входа въ малый тазъ прощупывается плотный инфильтратъ, лежащій глубоко подъ кишками. Остальная часть живота мало болѣзненна, вздутіе умѣренное. Стулъ былъ послѣ клизмы. Рвоты не было. Во внутреннихъ органахъ ничего ненормальнаго. *При гинекологическомъ изслѣдованіи*

[1]) Krönig. — Премія по поводу доклада Füth'a: Centralbl. f. Gynäkol. № 1. 1899.

[2]) Schenk. — Die Beziehung des Bacterium coli zur Entstehung von Wochenbettfieber. — Arch. für Gynäk. Bd. XV H. 2. 1898

также ничего, отступающаго отъ нормы, не найдено. t° 39.8. Ord.: опій и ледъ.

26/IX. t° утр. 38,5. Боли живота по прежнему, опухоль въ томъ же состояніи.

Подъ хлороформинымъ наркозомъ произведена (*Г. Ф. Гейдлеромъ*) боковая лапаротомія разрѣзомъ, типичнымъ для перитифлита. Предлежащая часть брюшной полости здорова, введены отграничивающіе асептическіе тампоны. Съ правой стороны около матки склейки и между ними скопленіе мутноватой жидкости и немного гноя; тутъ же находится утолщенная и раздутая труба (*pyosalpinx*), которая и удалена послѣ предварительной перевязки ея и широкой связки отдѣльными пучками. Въ полость таза введены асептическіе тампоны. Нижняя часть раны уменьшена швами. Поверхъ асептическая повязка.

26/XI—больная выписалась съ совершенно зажившей раной.

Въ этомъ случаѣ появленіе и локализація боли въ правой сторонѣ живота, отсутствіе предшествовавшихъ какихъ-либо заболѣваній половой сферы, казалось, и въ данное время исключало заболѣваніе придатковъ. Гинекологическое изслѣдованіе также не открыло связи инфильтрата, прощупывавшагося снаружи, съ маткой.

2-й случай (№ 1-й хирур.) въ теченіе почти недѣли третировался за гинекологическій. *Боли, гнойныя выдѣленія изъ мочеиспускательнаго канала* давали право считать настоящее заболѣваніе за распространеніе процесса на внутренніе половые органы.

Случай этотъ наблюдался еще въ то время (1892 г.), когда въ нашей больницѣ перитифлиты еще такъ широко не оперировались поэтому онъ былъ веденъ при выжидательномъ леченіи съ небольшими оперативными пріемами, какъ пробными пункціями и пробными разрѣзами черезъ сводъ. Въ дальнѣйшемъ теченіи признаки перитифлита стали выступать рельефнѣе, но затѣмъ опять выступили на первый планъ всѣ явленія *лѣвосторонней локализаціи* воспалительнаго процесса. За нѣсколько дней до смерти данныя опять склонялись въ пользу правосторонняго процесса.

Лѣвосторонній воспалительный процессъ въ данномъ случаѣ являлся, конечно, только распространеніемъ перитифлитическаго гнойника.

Вскрытіе обнаружило *Appendicitis calculosa cum perforatione* и вторичное прободеніе гнойника въ свободную брюшную полость и *въ слѣпую кишку*, что даетъ объясненіе почему въ теченіе болѣзни опухоль въ подвздошно-слѣпой области уменьшалась.

Случай этотъ (№ 1-й хир.) слѣдующій:

Настасья Ефр., кресть., 25 лѣт. Поступила въ больницу 3-го марта 1892 г. *Умерла* 27-го марта.

Anamn. Заболѣла 28-го февраля: головной болью, жаромъ и болью въ животѣ, особенно съ правой стороны. Ни запора, ни тошноты, ни рвоты не было. Menses на 18-мъ году, черезъ 3 недѣли по 5 дней, довольно обильныя, послѣднія были 13-го февраля. Рожала 2 раза: 1-й разъ на 20-мъ году, послѣдній разъ 1½ года тому назадъ; оба раза благополучно. Выкидышей не было.

St. praes. Въ правой fossa iliaca прощупывается болѣзненная опухоль мягко-эластической консистенціи. Перкуторный тонъ надъ нею притупленно-тимпаническій. *Per vaginam: изъ мочеиспускательнаго канала выдѣляется гной; отъ* Матка въ retroflexio, подвижна, неболѣзненна. Своды пусты. t° 38,4. Ord.: опій и ледъ на животъ.

4/ш. t° утр. 38,0. Пульсъ 84. Язынъ обложенъ, суховатъ. Стула не было. Животъ немного вздутъ и чувствителенъ. Опухоль въ fossa il. d. очень болѣзнена. Прежніе регулы (на недѣлю раньше). t° веч. 38,1. Пульсъ 106.

5/ш. t° утр. 37,9. Пульсъ 84. Языкъ обложенъ, но влажный. Стула не было. Въ остальномъ безъ перемѣны. t° веч. 37,7.

6/ш. t° утр. 37,8. Пульсъ 92. Прослабило. Языкъ влажный, обложенъ. Крови не обильны. Вздутіе живота нѣсколько меньше. Опухоль въ правой подвздошной впадинѣ выступаетъ яснѣе. Болѣзненность всего живота, а особенно въ области слѣпой кишки значительная. Сильная боль въ поясницѣ. t° вет. 38,0.

7/ш. t° утр. 37,5. Пульсъ 92. Стула не было. Боль въ поясницѣ стихла. Въ остальномъ безъ перемѣны. t° веч. 38,1.

8/ш. t° утр. 38,0. Пульсъ 94. Былъ необильный стулъ. Крови продолжаются. Въ остальномъ безъ перемѣны. t° веч. 38,4.

9/ш. t° утр. 37,9. Пульсъ 96. Языкъ менѣе обложенъ и влажный. Аппетитъ лучше. Болѣзненность, напряженіе и уплотненіе въ правой подвздошной области по прежнему. Per vaginam: выдѣленія кровянистыя, грязноватыи. Матка въ retroflex., болѣзненна. Черезъ передній сводъ въ глубинѣ прощупывается край опухоли, но не ясно. t° вет. 38,2.

10/ш. t° утр. 37,8. Опухоль въ правой подвздошной впадинѣ достигла величины кулака, очень болѣзненна и даетъ выпяченіе. Ясно опредѣлить ея границы нельзя изъ за сильнаго напряженія брюшныхъ мышцъ справа. Перкуторный тонъ надъ опухолью притупленно-тимпаническій, въ другихъ же мѣстахъ тимпаническій. Сегодня былъ стулъ, не особенно обильный и жидкій. Регулы кончились. t° веч. 39,7.

11/ш. t° утр. 37,5. Опухоль, въ правой подвздошной впадинѣ значительно уменьшилась и стала менѣе болѣзненна. Пробная пункція опухоли черезъ брюшныя стѣнки дала отрицательный результатъ. t° вет. 37,5.

12/ш. t° утр. 37,2. Опухоль, а также ея болѣзненность значительно уменьшились. Стулъ былъ. Опять появились регулы. Самочувствіе больной прекрасное. t° веч. 37,2.

13/ш. t° утр. 37,1. Общее состояніе и самочувствіе больной хорошія. t° веч. 38,5.

14/ш. t° утр. 37,6. Стулъ былъ. Въ остальномъ безъ перемѣны. t° веч. 37,6.

15/ш. t° утр. 37,3. Регулы прекратились. St. idem. t° веч. 38,7.

16/ш. t° утр. 37,9. Стулъ былъ. Опухоль въ правой подвздошной впадинѣ въ томъ же положеніи. t° веч. 37,8.

17/ш. t° утр. 37,4. Больная жалуется на схваткообразныя боли въ животѣ, но объективно значительныхъ перемѣнъ не замѣчается. t° веч. 39,2.

18/ш. t° утр. 37,8. Боли появляются рѣже, t° веч. 38,7.

19/ш. t° утр. 38,5. Боли живота продолжаются. Былъ стулъ. t° веч. 39,8.

20/ш. t° утр. 38,4. Пульсъ 128. Дых. 32. Больная жалуется на боли въ животѣ, локализирующіяся, по преимуществу, *въ лѣвой паховой области*. Брюшныя стѣнки напряжены; опухоль въ правой подвздошно-слѣпой области ясно прощупать не удается вслѣдствіе напряженія брюшныхъ стѣнокъ, но, кажется она не увеличена. Вообще же весь животъ болѣзненъ и вздутъ. Per vaginam удается найти *въ глубинѣ лѣваго свода какую то размятую припухлость*. Стула не было. t° веч. 39,0.

21/ш. t° утр. 37,4. Пульсъ 128. Дых. 32. Вслѣдъ за пріемомъ опія у больной каждый разъ появляется рвота. Животъ вздутъ по прежнему. Стула не было. Послѣ клизмы вышла только вода. Изслѣдованіе per vaginam указываетъ на присутствіе разитого экссудата, опредѣляемаго черезъ правый и лѣвый своды. t° веч, 38,1.

22/ш. t° утр. 37,6. Утромъ былъ стулъ. Больная жалуется на боли въ области печени. Боли въ животѣ, какъ и раньше, схваткообразныя. Въ правой подвздошно-паховой области перкуторный тонъ тимпаническій, *въ лѣвой* притупленно-тимпаническій. Сильная болѣзненность въ *лѣвой* подвздошно-паховой и печеночной области. Послѣ пріема молока больную вырвало. t° веч. 38,2.

23/ш. t° утр. 38,3. Пульсъ 106. Дых. 26. Ночью и утромъ была рвота. Вечеромъ 2 раза необильный стулъ. Ночью не спитъ. Вся правая половина живота вздута менѣе *лѣвой* и чѣмъ наканунѣ, а также стала мягче и менѣе болѣзненна. Прощупать въ подвздошно-слѣпой области ничего не удается. *Лѣвая половина*, особенно подвздошно-паховая область, вздута по прежнему, очень болѣзнена и напряжена. При перкуссіи ея получается тупо-тимпаническій тонъ. Per vaginam: правый и лѣвый своды выполнены, въ глубинѣ инфильтратъ. Пункція лѣваго свода кромѣ нѣсколькихъ капель свѣжей крови ничего не дала; при пункціи праваго свода полученъ ихорозный гной. Правый сводъ вскрытъ, но палецъ черезъ разрѣзъ попадаетъ не въ полость гнойника, а въ клѣтчатку; вставлена дренажная трубка. Во время операціи больную нѣсколько разъ обильно и жидко прослабило. t° веч. 39,3.

24/ш. t° утр. 38,2. Пульсъ 120, слабый Дых. 28. Ночью спала только послѣ

инъекціи морфія. Ночью 2 раза была рвота. Утромъ нѣсколько разъ слабило. Вздутіе живота, особенно слѣва, увеличилось. Напряженіе и болѣзненность слѣва больше, чѣмъ справа. Отдѣленія гноя изъ рукава нѣтъ. Въ испражненіяхъ подъ микроскопомъ найдены отдѣльныя гнойныя и эпителіальныя тѣльца. t° веч. 38,5.

25/ш. t° утр 38,3. Пульсъ 130—140, слабый. Дых. 30. Больная слаба, ночью не спитъ. Рвота, особенно послѣ пріема пищи, продолжается. Былъ жидкій стулъ. Вздутіе, напряженіе и болѣзненность живота меньше. Вынутый изъ влагалища тампонъ пропитанъ кровянисто-серозной жидкостью. t° веч. 38,6.

26/ш. t° утр. 37,9. Пульсъ 130 неправильный и слабый. Дыханіе 28. Вздуті живота по прежнему. Схваткообразныя боли уменьшились. Поносъ и рвота прекратились. Больная очень слаба t° веч. 39,3. Пульсъ 150. Дыханіе 34.

Въ 1 ч. 30 м. ночи *exitus*.

28/ш. Вскрытіе.

Diagn. anatom. Hyperaemia piae et cerebri. Degeneratio parenchym. muscul. cordis. Hyperaemia pulmonum. Hyperplasia acuta lienis. Degeneratio parenchymatosa hepatis et renum. Endometritis chronica. *Appendicitis calcalosa cum perforatione, Perityphlitis purulenta cum perforatione in intestinum coecum et in cavum peritonei. Peritonis chron. adhaesiva disseminata et acuta purulenta perforativa.*

Какъ при *слишкомъ* низкомъ положеніи червеобразнаго отростка въ полости малаго таза, можно легко перитифлитъ счесть за заболѣваніе правостороннихъ придатковъ, такъ при *слишкомъ высокомъ положеніи* послѣднихъ часто неизбѣжна обратная ошибка въ діагнозѣ. Лучшимъ примѣромъ тому можетъ служить нижеслѣдующій случай, который до операціи считался классическимъ примѣромъ перитифлита.

Василиса Мур., мѣщ., замуж., 28 лѣтъ. Поступила въ больницу 7-го ноября 1897 года, выписалась 12-го марта 1898.

Anamn. Заболѣла 3-го ноября общимъ недомоганіемъ, ознобомъ, жаромъ и тошнотой. Предшествовалъ запоръ. Послѣ слабительнаго, принятаго въ день заболѣванія, хорошо прослабило. На слѣдующій день появилось колотье въ правой половинѣ живота и больная въ этотъ день замѣтила опухоль въ правой подвздошной области. Боли и опухоль изо дня въ день все увеличивались, t° оставалась все время высокой. 4-го и 5-го ноября былъ произвольный стулъ, оба раза жидкій. Больная черезъ день принимала ванну и держала компрессъ на животѣ; внутрь ничего кромѣ слабительнаго не принимала (лечилась у врача). 2 года тому назадъ больная лежала въ Обуховской же больницѣ въ гинекологическомъ отдѣленіи, гдѣ была ей произведена операція лѣвосторонней haematocele. Не рожала. Послѣднія регулы были 2 недѣли тому назадъ.

St. praes. Больная средняго тѣлосложенія и питанія; подкожный жировой

слой умѣренно развитъ. Пульсъ 92, полный. Языкъ влажный, немного обложенъ. Губы сухія, запекшіяся. Тоны сердца чисты, границы его нормальны. Въ легкихъ всюду везикулярное дыханіе. Печень и селезенка не увеличены.

Животъ немного вздутъ, мягкій. Въ regio ileo-coecalis прощупывается довольно твердая опухоль, очень чувствительная къ малѣйшему дотрогиванію. Опухоль, имѣющая колбасовидную форму съ *рѣзко очерченными границами*, идетъ черезъ подвздошную ямку отъ внутренняго края Пупартовой связки косо вверхъ и кнаружи почти до ребернаго края по передней подмышковой линіи. Болѣзненность опухоли на всемъ протяженіи, а также имѣется болѣзненность и въ правой поясничной области. Непосредственно у sp. ant. sup. подвздошная ямка свободна отъ опухоли пальца на 1½. Въ остальныхъ частяхъ животъ безболѣзненъ. По срединной линіи ниже пупка имѣется рубецъ въ 12 сптм. длиною отъ бывшей операціи. Въ нижней трети рубца имѣется расхожденіе мышцъ (грыжа). *Гинекологическое изслѣдованіе не обнаруживаетъ ясной связи опухоли съ половыми органами.* t° 39,1. Ord.: опій и ледъ.

9/xi. t° утр. 37,4. Пульсъ 100 слабаго наполненія. Дыханіе 26. Опухоль въ томъ же положеніи, надо льдомъ менѣе болѣзнена. Пришли крови.

Подъ наркозомъ хлороформа произведена нами боковая лапаротомія. Разрѣзъ обычный для перитифлита, но при дальнѣйшемъ ходѣ операціи онъ расширенъ во всю длину опухоли, т. е., начиная почти отъ ребернаго края до внутренняго конца Пупартовой связки. Въ верхнемъ концѣ разрѣза глубокіе слои брюшной стѣнки спаяны между собою и отечны. По вскрытіи брюшины оказалось, что брюшная полость свободна отъ эксудата, но черезъ дно подвздошной ямки проходитъ колбасовидная опухоль, которая при ближайшемъ изслѣдованіи, оказалась сильно раздутой правой трубой, поднимающейся вверхъ и фиксированной своимъ свободнымъ концомъ высоко вверху надъ crista ilei d. По введеніи въ свободную брюшную полость отграничивающихъ тампоновъ изъ асептической марли, приступлено къ удаленію опухоли. Свободный конецъ трубы колбовидно раздутъ и крѣпко вросъ въ брюшную стѣнку надъ гребешкомъ правой подвздошной кости, такъ что при удаленіи его пришлось разорвать пристѣночный листокъ брюшины. По наложеніи лигатуръ на маточный конецъ трубы и на lig. latum, труба удалена вмѣстѣ съ кистовидно-перерожденнымъ яичникомъ, имѣвшимъ величину въ куриное яйцо. У свободнаго конца трубы, въ окружности его, *было нѣсколько небольшихъ, отграниченныхъ склейками, гнойниковъ.* При отдѣленіи трубы отъ склеекъ въ двухъ мѣстахъ она была вскрыта, причемъ вытекало серозно-гнойное содержимое. Длина трубы около 20 сптм., толщина ея у маточнаго конца въ палецъ, а свободный конецъ грушевидно расширенъ съ очень толстыми стѣнками. Содержимое серозно-гнойное Тампонада асептической марлей всей подвздошной ямки. Рана въ верхнемъ концѣ уменьшена швами. Сухая асептическая повязка.

t° веч. 37,0.

7/п все зажило.

14/п. Наложены вторичные швы по обычному методу.

12/ш. Больная выписана съ линейнымъ рубцомъ безъ слѣда расхожденія мышцъ.

Измѣненія стѣнокъ удаленной трубы ставятъ внѣ всякаго сомнѣнія, что здѣсь имѣлось давнишнее хроническое страданіе, повединее къ столь колоссальному раздутію трубы, но процессъ совершался весьма медленно, не вызывая никакихъ субъективныхъ разстройствъ; поэтому то больная и не замѣчала раньше (до 2-го дня

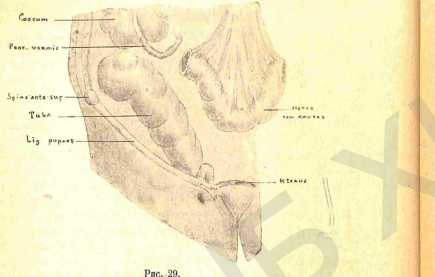


Рис. 29.

Высоко лежавшая (въ поясничной области) колоссально раздутая правая труба, принятая за перитифлитическую опухоль.

болѣзни) опухоли, которая, навѣрное, существовала задолго до настоящей болѣзни. Присоединеніе остраго воспаленія съ распространеніемъ его на смежную брюшную полость вызвало всѣ описанныя явленія мѣстнаго перитонита, сочтеннаго за перитифлитическій главнымъ образомъ въ виду столь типичной для него локализаціи опухоли (см. рис. 29 — изображена опухоль in situ), къ тому же гинекологическимъ изслѣдованіемъ не удалось установить связи опухоли съ маткой. Въ анамнезѣ, правда, было нѣкоторое указаніе на заболѣваніе половой сферы, именно, на бывшую за годъ

передъ тѣмъ операцію изъ половыми органами, но эта операція была произведена не по поводу какого либо воспалительнаго заболѣванія, а по поводу haematocele.

Затѣмъ, нѣкоторымъ указаніемъ противъ перитифлитической опухоли могли бы служить рѣзко выраженныя границы. При перитифлитѣ, особенно въ острой стадіи, какъ въ данномъ случаѣ, границы опухоли бываютъ почти всегда болѣе диффузныя.

Вскорѣ послѣ этого случая намъ пришлось наблюдать случай, который мы приводимъ здѣсь въ pendant къ только что изложенному. Сопоставленіе этихъ случаевъ даетъ весьма много поучительнаго. Случай этотъ (№ 54 хирур.) слѣдующій:

Кладія Ор., кресть., замуж., 39 лѣтъ. Поступила въ больницу 23 января 1898 г. Умерла 3 февраля.

Anamn. Больна $1^1/_2$ недѣли: появились боли внизу живота, въ погахъ и въ поясницѣ, ознобъ, запоры, бѣли и рѣзь при мочеиспусканіи. Menses на 16-мъ году, черезъ 3 нед. по 7 дней, обильныя и съ болями наканунѣ; послѣднія 8 лѣтъ неправильно: черезъ 1—3 недѣли; послѣднія кончились 2 недѣли тому назадъ, пришли черезъ недѣлю. Рожала 6 разъ, въ срокъ; послѣднія роды 8 лѣтъ назадъ, послѣ нихъ хворала.

St. praes. Больная жалуется на схваткообразныя боли внизу живота справа. Животъ мягкій, болѣзненъ внизу справа. Per vag.: матка in retroversione, не увеличена, слѣва небольшой *salpingo-oophiritis*, окруженный склейками; въ задненъ сводѣ небольшое уплотненіе, очень болѣзненное (принято также за salpingo-oophoritis). t° 39,2. Пульсъ 96. Ord.: опій, ледъ, клизма и спринцеванія.

24/I. t° утр. 37,5. Пульсъ 90. Вчера знобило. Боль внизу живота. Животъ слегка вздутъ и болѣзненъ внизу. Стула не было. t° веч. 38,2.

25/I. t° утр. 37,6. Пульсъ 92. Схваткообразныя боли въ животѣ. Рѣзь при мочеиспусканіи. Стула не было. t° веч. 38,3. Назнач. тѣ же и clysma.

26/I. t° утр. 37,5. Послѣ клизмы прослабило. Боли живота по прежнему. t° веч. 37,7.

27/I. t° утр. 37,2. Боли живота продолжаются. Вѣтры стали отходить свободно. Стула не было. Тошнота. t° веч. 38,0.

28/I. t° утр. 37,7. Сегодня 2 раза вырвало. Боли въ животѣ меньше. Стулъ былъ. t° веч. 38,7.

29/I. t° утр. 37,3. Тошнота и рвота продолжаются. Сильная болѣзненность живота. Справа снаружи прощупывается грушевидная опухоль, не доходящая до пупка на одинъ палецъ, тупо-тимпаническая. Per vag.: шейка уплотнена. *Отъ правало угла матки высоко отходитъ опухоль грушевидной формы.* Въ лѣвомъ сводѣ старыя склейки.

Подъ наркозомъ хлороформа (85,0) произведена лапаротомія (*Г. Ф. Цейдлеромъ*). Косой разрѣзъ, обычный для перитифлита. По вскрытіи брюшины предлежалъ сальникъ, растянувшійся надъ лежавшею подъ нимъ опухолью. По отведеніи сальника книзу и кнутри, были введены во всѣ стороны брюшной полости отграничивающіе тампоны. Картина обнаружилась слѣдующая: въ верхнемъ углу раны лежала немного спавшаяся слѣпая кишка, отъ которой отходила эластическая опухоль внизъ по направленію къ правому углу матки, съ которой и была

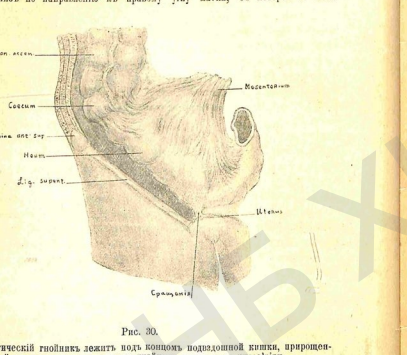


Рис. 30.

Перитифлитическій гнойникъ лежитъ подъ кожицей подвздошной кишки, прирощенной къ углу матки, и поэтому гнойникъ принятъ за pyosalpinx.

плотно спаяна. Съ окружающими петлями тонкихъ кишекъ спаекъ не было. Мѣсто перехода слѣпой кишки въ опухоль покрыто пленками и первая со второй плотно спаяна (см. Рис. 30—изображена опухоль, имѣвшаяся при операціи). Опухоль принята за раздутую правую трубу, а такъ какъ ее нельзя было отдѣлить отъ стѣнки таза, то сдѣлана была предварительная пункція, которая дала гной. Сдѣланъ разрѣзъ въ 3 сятм. вдоль опухоли, но оказалось, что вскрыта кишка (тонкая), широко растянутая надъ опухолью. Разрѣзъ тотчасъ же закрытъ Лембертовскими швами, а опухоль начали отдѣлять тупымъ путемъ отъ тазовой стѣнки

снаружи, послѣ чего въ глубинѣ вскрытъ былъ довольно большой гнойникъ, идущій почти до срединной линіи и немного спускающійся въ полость таза. Червеобразнаго отростка не удалось найти среди сращеній, а также не было возможности изолировать отъ общихъ сращеній правыхъ придатковъ. Гной чрезвычайно вонючій. Тампонада. Сухая асептическая повязка. Наркозъ все время шелъ очень плохо. t^{o} веч. 38,0 Ordin. Opii p. 0,015. № 4.

30/I t^{o} утр. 37,2. Пульсъ 108. Рвоты не было, но икота и отрыжка. Языкъ влаженъ. Животъ не болитъ. Самочувствіе удовлетворительно. t^{o} веч. 37,6.

31/I. t^{o} утр. 36,2. Пульсъ 96. Языкъ обложенъ, влажный. Ночь спала плохо. Рвоты нѣтъ, но есть тошнота и икота. Повязка очень промокла вонючимъ, гнойнымъ гноемъ. Перевязка: смѣнены только верхніе слои. t^{o} веч. 37,2.

1/II t^{o} утр. 36,9. Пульсъ 100. Ночь спала плохо. Языкъ обложенъ. Больная сильно потѣетъ. Тошноты и рвоты нѣтъ, но есть икота. Стула не было. Схваткообразныя боли живота. t^{o} веч. 37,2.

2/II. t^{o} утр. 37,4 Пульсъ 108. Языкъ обложенъ, влажный. Ночь не спала изъ за сильныхъ болей живота. Боли схваткообразныя, начинаются слѣва изъ подвздошной области. Стула не было. Вѣтры отходятъ. Мочится съ рѣзью. Судорожныя выдѣленія. Почти все время больная лежитъ, покрытая обильнымъ холоднымъ потомъ. Повязка обильно промокла. Перевязка: смѣнены только тампоны, ведущіе въ гнойникъ, ведущіе же въ свободную брюшную полость оставлены безъ перемѣны. Животъ умѣренно вздутъ и весьма болѣзненъ въ лѣвой подвздошной области. Общее состояніе тяжелое. Вечеромъ послѣ клизмы вырвало. Послѣ инъекціи морфія уснула. t^{o} веч. 37,8.

Ночью боли живота достигли крайней степени и началась рвота, къ утру ставшая почти безпрерывной. Подъ утро былъ нормальный стулъ.

3/II въ $10^{1}/_{2}$ ч. утра exitus.

Вскрытіе 4/II.

Протоколъ вскрытія (прив. доц. А. И. Моисеевымъ). Серозный покровъ кишекъ разрыхленъ, розовато-краснаго цвѣта, покрытъ гноевидной жидкостью, желтоватаго цвѣта. Нижняя часть intest. ileï свободнымъ краемъ довольно плотно сращена съ правымъ угломъ матки; подъ названной частью intestini ileï и подъ брыжжейкой находится ограниченная полость, величиною въ мандаринъ, наполненная грязно-черноватыми, распадающимися массами. Въ стѣнкѣ полости находится приклеенный довольно длинный червеобразный отростокъ, гангренозно распавшійся по всей длинѣ, отъ верхушки до основанія. Сообщеніе со слѣпою кишкою сохранено. Слѣпая кишка набита порядочнымъ количествомъ твердыхъ каловыхъ массъ, такъ что она значительно растянута сравнительно съ остальною толстою кишкою. Существуютъ плотныя фиброзныя сращенія между упомянутой петлей тонкихъ кишекъ и Flex. Sygmoidea и послѣдней съ маткой. Сизанстая оболочка кишекъ сдѣлана, въ intest. ileï аспидно окрашена.

Diagnosis anatomica: Degeneratio parenchymatosa musc. cordis, hepatis et renum. Hyperaemia venosa et oedema pulmonum. Hyperplasia acuta lienis. Peritonitis circumscripta ichorosa et purulenta acuta diffusa. Appendicitis perforativa.

Здѣсь всѣ признаки гнойнаго воспаленія правой трубы имѣлись на лицо: *были, несомнѣнно установленная связь прощупываемой опухоли съ правымъ угломъ матки.* Даже по вскрытіи брюшной полости не возникло сомнѣнія въ нашемъ діагнозѣ. Непормально отходящая отъ слѣпой кишки тонкая кишка облекала лежавшій подъ ней гнойникъ почти съ трехъ сторонъ и направлялась къ правому углу матки, съ которымъ она была плотно спаяна, такъ что получалась обманчивая картина раздутой трубы, имѣвшей даже колбовидную форму, какъ въ предыдущемъ случаѣ: часть кишки, облекавшая гнойникъ, была растянута ad maximum, прикрѣпленная же къ углу матки была спавшеюся. Сначала были сдѣланы попытки удалить трубу, какъ и въ томъ случаѣ, но склейки были настолько плотны, и разрываніе ихъ вызывало сильное кровотеченіе, что рѣшено было оставить трубу in situ, вскрыть и затампонировать ее. Только тогда уяснилась истинная картина страданія. Разрѣзъ обнаружилъ, что передъ нами имѣется пустая колоссально растянутая тонкая кишка, подъ которой и обнаруженъ довольно большой перитифлитическій гнойникъ. Сходство по внѣшнимъ признакамъ того и другого случая наглядѣе всего выступаетъ при сравненіи Рис. 29 и 30.

Параметритическіе абсцессы также легко смѣшать съ перитифлитическими, какъ и наоборотъ. Весьма важная въ діагностическомъ отношеніи связь эксудата съ половыми органами можетъ при старыхъ гнойникахъ или нарушиться или создаться тамъ, гдѣ ея въ первое время не было. Такъ паратифлитическій эксудатъ можетъ спуститься въ широкую связку и такимъ образомъ приблизиться къ маткѣ, какъ съ другой стороны высоко поднявшіеся по тазовой стѣнкѣ параметритическій гнойникъ съ теченіемъ времени можетъ утратить связь съ широкой связкой, подвергшись здѣсь разсасыванію, такъ что въ моментъ изслѣдованія онъ будетъ представлять собою обособленный гнойникъ, лежащій изолированно въ подвздошной ямкѣ и такимъ образомъ симулирующій перитифлитическій нарывъ. Главнѣйшіе признаки паратифлитическаго гнойника это тѣ, что главная масса его прилегаетъ къ подвздошной кости, тогда какъ внутренній конецъ широкой связки совершенно свободенъ и мягокъ, затѣмъ, внутренніе границы его вслѣдствіе нахожденія здѣсь слѣпой кишки нерѣзки, мягки и даютъ притупленно-

тимпаническій тонъ и наконецъ паратифлитическіе гнойники болѣе окружаютъ слѣпую кишку. Анамнезъ, какъ напр. свѣдѣнія о предшествовавшихъ припадкахъ, также можетъ дать важныя указанія (Winter)[1].

Мы имѣли случай наблюдать параметритическій абсцессъ, который утратилъ тѣсную связь съ маткой и былъ принятъ за паратифлитическій. Вкратцѣ этотъ случай слѣдующій:

Больная Федосья Мат., крест., замужн., 23 года. Поступила въ больницу 1-го декабря 1898 г.

Anamn. 7 недѣль передъ тѣмъ больная родила; спустя 4 недѣли послѣ родовъ появились сильныя боли живота, жаръ, озноѣ и поносъ. Черезъ 3 дня боли локализировались въ правой подвздошной области. Поносъ и ознобы повторялись ежедневно до поступленія въ больницу.

St. praes. Больная правильнаго тѣлосложенія, истощена и весьма анэмична. Животъ умѣренно вздутъ, въ правой подвздошной области непосредственно надъ Пупартовой связкой прощупывается опухоль, идущая параллельно Пупартовой связкѣ до sp. ant. sup. Посредникъ опухоли получается довольно ясное зыбленіе. Per vaginam: матка не большая, въ anteflexio, неподвижна, черезъ правый сводъ прощупывается плотная опухоль, идущая по стѣнкѣ таза. Выдѣленія *гнойныя.* t° 1/хп. утр. 37,5; веч. 39,4. Озноѣ, поносъ. t° 2/хп. утр. 37,0. веч. 39,2.

4/хп. Подъ хлороформинымъ наркозомъ гнойникъ вскрыть нами разрѣзомъ, параллельнымъ Пупартовой связкѣ. Гнойникъ оказался величиною съ куриное яйцо, совершенно ограниченнымъ и лежащимъ надъ входомъ въ малый тазъ; между нимъ и правымъ краемъ матки довольно значительное разстояніе, выполненное только уплотненной тканью.

Безъ сомнѣнія, здѣсь имѣлся параметритическій абсцессъ. Въ теченіе 3 недѣль, пока больная находилась дома, онъ поднялся по тазовой стѣнкѣ вверхъ надъ входомъ въ малый тазъ и здѣсь достигъ своего наибольшаго развитія, непосредственно же въ смежной съ маткой части широкой связки подвергся разсасыванію.

Нагноившаяся правосторонняя киста яичника можетъ сильно симулировать перитифлитъ и дифференціальный діагнозъ можетъ быть очень труднымъ (Deaver[1]). Выше мы приводили случай, гдѣ изъ лопнувшей правосторонней нагноившейся кисты яичника развился общій перитонитъ, который былъ принятъ за перитифлитическій.

Подобно нагноившейся кистѣ *и перекручиваніе ея ножки* можетъ привести къ ошибочному діагнозу. Такъ Roux сообщилъ два случая, гдѣ констатировалась опухоль въ правой fossa iliaca, принятая за перитифлитическую. Въ одномъ случаѣ послѣдовала вскрытіе

[1]) Winter.—Lehrbuch der gynäkologischen Diagnostik.
[2]) l. c.

смерть; по вскрытіи опухоль оказалась перекрутившейся кистой. Въ другомъ случаѣ, также у беременной женщины, на операціи тоже оказалась перекрутившаяся киста. — На основаніи этихъ то случаевъ o ux и рекомендуетъ *Incision précoce* даже въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ возможно ожидать ошибочнаго діагноза. Treub [1]) также описываетъ случай, гдѣ онъ принялъ перекрутившуюся кисту за аппендицитъ.

Tixier [2]) и Southam [3]) приводятъ случаи кисть съ перекручивающейся ножкой, которые при каждомъ перекручиваніи послѣдней симулировали припадки возвратнаго аппендицита.

Deaver считаетъ, что въ такихъ случаяхъ дифференціальный діагнозъ иногда невозможенъ и совѣтуетъ въ этихъ случаяхъ дѣлать боковой разрѣзъ, а если окажется овріальная киста, то боковой разрѣзъ закрыть и перейти къ серединному.

Внезапно лопнувшая *правосторонняя внѣматочная беременность*, при явленіяхъ частой рвоты и сильнѣйшихъ болей живота съ преимущественной локализаціей справа, можетъ иногда быть принята за перитифлитъ. Развитіе крайней слабости, доходящей до коллапса, сильная жажда и другіе признаки служатъ въ этихъ случаяхъ указаніемъ на внутреннее кровотеченіе, а появленіе крови одновременно съ припадкомъ или отсутствіе ихъ въ предыдущіе сроки, а также данныя гинекологическаго изслѣдованія приводятъ къ истинному діагнозу (Fowler, Deaver и др.). Затѣмъ за внѣматочную беременность говорятъ *отсутствіе лихорадки* и боли, напоминающія схватки при абортѣ. Hermes [4]) кромѣ того указываетъ на своеобразное ощущеніе, которое получается при ощупываніи per vaginam гематомы въ Дугласовомъ пространствѣ, не совсѣмъ похожее на ощущеніе флюктуаціи.

Наблюдались, однако, случаи перитифлита, осложненные внѣматочной беременностью при каковыхъ условіяхъ распознаваніе становится весьма труднымъ.

Такъ Robb [5]) оперировалъ 23-хъ лѣтнюю женщину по по-

[1]) Treub H. Appendicite et paramétrite.—Revue de gynécol. et de chir. abd № 2. 1897.

[2]) Tixier. Bull. de la soc. des sciences méd. de Lyon. 1900.

[3]) Southam. A case where torsion of the pedicle of an ovarian cyst gave rise to attacks simulating those of recurrent appendicitis.—Med. chronicle. Jan. 1900.

[4]) Hermes O. Ueber einige Beziehungen des Appendicitis zu Erkrankungen der weiblichen Genitalorgane.—Deutsche Zeitschr. f. Chir. L. Bd. 4 u. 5 H. 1899

[5]) Robb (Baltim). Ruptured right tubal pregnancy, associated with perforation of the vermiform appendix. Confirmatory diagnosis by aspiration; operation. death. Bull. of the John Hopkins Hospital. Vol. I. № 17. Цит. Centralbl. f. Chirurgie 1892. № 11.

воду лопнувшей внѣматочной правосторонней беременности; симптомы ея выступали на первый планъ и скрывали признаки воспаленія и прободенія червеобразнаго отростка, хотя въ анамнезѣ были нѣкоторыя указанія на хроническое заболѣваніе его. По причинѣ коллапса операцію пришлось ограничить только нахожденіемъ лопнувшей трубы. На вскрытіи: общій перитонитъ и ограниченный гнойникъ около червеобразнаго отростка, имѣвшаго на концѣ прободное отверстіе. Былъ ли червеобразный отростокъ сросшенъ съ трубою и не беременность ли вызвала его прободеніе, осталось не выясненнымъ. Бактеріологическое изслѣдованіе кровянистой жидкости, полученной при пробной пункціи, обнаружило присутствіе bact. coli. comm., что могло бы дать указаніе на прободеніе кишечника.

Krüger также приводитъ одинъ случай совмѣстнаго существованія аппендицита и лопнувшей внѣматочной беременности. Въ его случаѣ воспаленный червеобразный отростокъ былъ сросшенъ съ плодо-вмѣстилищемъ. Гноеродные возбудители проникли черезъ воспаленныя стѣнки отростка и, найдя благопріятную почву для своего развитія въ излившейся крови, вызвали нагноеніе, оставшееся, однако, отграниченнымъ отъ остальной брюшной полости. Во 2-мъ случаѣ Krüger'а червеобразный отростокъ, приросшенный къ плодо-вмѣстилищу, былъ нормальнымъ, нагноенія въ брюшной полости также не имѣлось. Къ сожалѣнію, Krüger ничего не сообщаетъ насколько вѣрно было распознаваніе въ томъ и другомъ случаѣ.

Объ одновременномъ существованіи аппендицита и лопнувшей внѣматочной беременности сообщаетъ 1 случай Elbogen [1]). Въ его случаѣ, между прочимъ, въ послѣопераціонномъ періодѣ развился психозъ.

Кровотеченіе изъ праваго plexus pampiniformis (*Haematocele testa*) можетъ привести къ ошибочному діагнозу перитифлита, вслѣдствіе внезапнаго появленія болей и опухоли въ правой сторонѣ. Если кровотеченіе внутрибрюшинное, то въ короткое время развиваются признаки сильнаго внутренняго кровотеченія. При внѣбрюшинныхъ же гэморрагіяхъ эти симптомы отсутствуютъ. Въ такихъ случаяхъ имѣется болѣе или менѣе ясная опухоль тѣстоватой консистенціи, лежащая между листками широкой связки и опредѣляемая per

[1]) Elbogen. Tubargraviditât complicirt durch Appendicitis und postoperatione Psychose. Prag. med. Wochenschrift. № 9—11. 1899.

vaginam въ одномъ или обоихъ боковыхъ сводахъ или въ Дугласовомъ пространствѣ. Кромѣ того наблюдаются неправильности регулъ до и послѣ кровотеченія (Fowler).

(Dieu [1]), оперируя одинъ случай предполагаемаго рецидивирующаго перитифлита, вскрылъ большую *полость, наполненную кровью*, происшедшую отъ кровотеченія вслѣдствіе частичнаго разрыва m. ileopsoas у одного *гэмофилика*. Смерть *отъ кровотеченія*).

Наконецъ, мы наблюдали случай *dysmenorrhoe при первыхъ регулахъ*, которая въ весьма сильной степени симулировала перитифлитъ съ общимъ разлитымъ перитонитомъ. Явленія перитонита настолько рѣзко были выражены, что возникала даже мысль объ оперативномъ вмѣшательствѣ, но эти явленія какъ быстро развились, такъ и внезапно исчезли безъ слѣда. Случай этотъ слѣдующій:

Мавра Гав., крест., 15 лѣтъ. Поступила въ больницу 29-го сентября 1897 г., выписалась 9 октября.

Anamn. Заболѣла 27/IX насморкомъ, кашлемъ, колотьемъ въ правомъ боку рвотой и *сильными болями въ подвздошно-слѣпой области*. 28/IX больная чувствовала себя удовлетворительно. 29/IX пришли регулы въ *1-ый разъ*. Послѣдній стулъ 27/IX.

St. praes. t° утр. 38. Пульсъ 100, полный. Больная развитая соотвѣтственно своему возрасту дѣвочка. *Легкія:* въ правомъ боку fremitus pectoralis ослабленъ, дыханіе также ослаблено, но другихъ патологическихъ явленій нѣтъ. *Сердце* въ нормальныхъ границахъ, тоны его чисты. *Печень* на $1^1/_2$ пальца выдается изъподъ реберная края. Насморкъ. Животъ напряженъ и очень болѣзненъ въ подвздошно-слѣпой области.

Въ $1^1/_2$ ч. дня внезапно наступило рѣзкое ухудшеніе, боли живота достигли крайней степени и распространились по всему животу, брюшныя стѣнки напряглись, какъ доски, малѣйшее прикосновеніе къ нимъ вызывало сильную болѣзненность. t° поднялась до 38,9°. Общее состояніе крайне тяжелое. Къ вечеру t° спустилась до 38,0, а къ 12 ч. ночи до 36,8°. Ord.: опій, морфій и ледъ.

30/IX. t° утр. 36°7. Пульсъ 84. Боли въ животѣ значительно уменьшились, хотя все еще настолько интенсивны, что пальпація и перкуссія съ трудомъ переносится больной, особенно сильная болѣзненность въ подвздошно-слѣпой области, гдѣ, однако, изъ за сильнаго напряженія брюшныхъ стѣнокъ и болѣзненности ничего не удается прощупать. Стула не было. Общее состояніе значительно лучше. Рѣзко бросается въ глаза несоотвѣтствіе выраженія лица съ такими сильными

[1]) Привел. у Helferich'a.

болями живота: совершенно нѣтъ даже намека на facies peritonealis. Появился аппетитъ. Моча уд. вѣсъ 1,019, щелочной реакціи, безъ бѣлка. t° веч. 36,8.

$1/_X$. t° веч. 36,6. Пульсъ 78. Какъ въ $1^1/_2$ ч. дня 29/X наступило рѣзкое ухудшеніе, такъ сегодня поразительное улучшеніе. Болей живота совершенно нѣтъ, онѣ исчезли также и въ подвздошно-слѣпой области. Животъ не вздутъ, мягкій, совершенно безболѣзненъ, такъ что правая подвздошная ямка прощупывается безпрепятственно и въ ней никакой опухоли или даже повышенной резистенціи не опредѣляется; ясно прощупывается пульсирующая a. iliaca. Появился прекрасный аппетитъ. Стула не было. t° веч. 36,6.

Въ этомъ случаѣ первые регулы сопровождались такими дисменорроическими явленіями со стороны брюшной полости, что въ связи съ высокой t° отъ *инфлюэнцы* получилась полная клиническая картина перитонита, а локализація напсильнѣйшей боли въ подвздошно-слѣпой области застаиляла подозрѣвать причину перитонита въ прободеніи червеобразнаго отростка. Воспалительное заболѣваніе половой сферы исключалось несомнѣнною дѣвственностью больной.

Какъ мы уже говорили выше весьма важно въ дифференціально діагностическомъ смыслѣ констатировать, имѣется или нѣтъ *связь* прощупываемой черезъ брюшныя стѣнки *опухоли съ маткой или ея придатками*. Однако, находимая при гинекологическомъ изслѣдованіи *связь* половыхъ органовъ съ опухолью не всегда исключаетъ перитифлитъ. Червеобразный отростокъ имѣетъ чрезвычайно различное положеніе, между прочимъ онъ нерѣдко спускается внизъ въ полость малаго таза, какъ и придатки матки иногда поднимаются высоко вверхъ. При ихъ близости другъ къ другу легко себѣ представить, что воспаленный червеобразный отростокъ склеивается съ здоровыми правосторонними придатками. Въ такихъ случаяхъ дифференціальный діагнозъ встрѣчаетъ большія трудности, особенно при положеніи червеобразнаго отростка въ полости малаго таза. Въ этихъ случаяхъ онъ легко прощупывается рег vaginam и можетъ быть принятъ за опухоль придатка. Къ тому же, въ такихъ случаяхъ припадки всякій разъ появляются при регулахъ, и объясняются поэтому заболѣваніемъ половой сферы.

Richelot наблюдалъ 18-лѣтнюю дѣвушку, страдавшую сильными болями сначала только во время регулъ, а затѣмъ постоянными, иногда съ повышенной t°. Ощупываніе справа было очень болѣзненно. Слѣва прощупывалась небольшая опухоль. Явленій со стороны кишечника не было. На операціи оказалась слѣва небольшая киста, правый же яичникъ и труба здоровыми, но къ

нимъ былъ прикрѣпленъ склейками раздутый, но не перфорированный червеобразный отростокъ, который и былъ ампутированъ. Послѣ выздоровленія— всѣ болѣзненныя явленія исчезли.

Мы также наблюдали случай, гдѣ правосторонніе придатки были плотно приращены, но не къ самому червеобразному отростку, а къ перитифлитической опухоли—(см. Рис. 31 случая № 52 хир.)

Наоборотъ, воспаленные правосторонніе придатки также могутъ быть сращенными съ здоровымъ червеобразнымъ отросткомъ. Такъ, Wylie [1]) еще въ 1890 оперировалъ около 200 сальпингитовъ и часто находилъ червеобразный отростокъ приращеннымъ къ трубѣ или яичнику, въ 3-хъ случаяхъ ему пришлось даже прибѣгнуть къ ам-



Рис. 31.

Правая труба многочисленными склейками сращена съ перитифлитической опухолью.

путаціи червеобразнаго отростка, такъ какъ при отдѣленіи его отъ сращеній открывалось сильное кровотеченіе. Martin [2]) въ 6 случаяхъ на 171 правосторонніхъ и 276 двухсторонніхъ сальпингитовъ имѣлъ сращенія червеобразнаго отростка съ правосторонними придатками.

Chognon [3]) собралъ изъ литературы 12 случаевъ сращенія червеобразнаго отростка съ воспаленными придатками, 20 случаевъ сращенія съ овоаріальными кистами.

[1]) Wylie. The surgical treatment of local and general peritonitis, with report etc. New-York medical Record. Febr. 15. 1890.

[2]) Martin. Krankheiten der Eileiter.—Leipzig 1895.

[3]) Chognon—Thèse de Lyon (цит. по Krüger'y).

Если чрезвычайно труденъ дифференціальный діагнозъ при сращеніяхъ червеобразнаго отростка съ правосторонними придатками, при заболѣваніяхъ или перваго или вторыхъ, то онъ почти невозможенъ при *одновременномъ их заболѣваніи*.

Въ большинствѣ случаевъ это хроническіе процессы, обостряющіеся время отъ времени, и смотря по тому въ какомъ органѣ обострившійся процессъ выраженъ сильнѣе, то и вызываемые имъ симптомы т. сказать покрываютъ признаки болѣзни другого органа. Чаще всего эти случаи принимаются за болѣзни половой сферы, благодаря той своеобразности припадковъ, что послѣдніе появляются во время регулъ, которыя въ этихъ случаяхъ сопровождаются обильными кровотеченіями. Гинекологическое изслѣдованіе обнаруживаетъ несомнѣнные признаки болѣзни придатковъ. Хотя кишечныя явленія и могутъ быть рѣзко выражены, но онѣ не чужды и болѣзнямъ половыхъ органовъ. Иногда же признаки перитифлита выступаютъ на первый планъ, а признаки со стороны придатковъ сказываются неясно. Это преобладаніе тѣхъ или другихъ признаковъ можетъ чередоваться у одного и того же субъекта въ различное время. Интересный въ этомъ отношеніи случай приводитъ Kümmel [4]): Больная въ теченіе многихъ лѣтъ страдала приступами болей живота. Одни врачи, наблюдавшіе больную, считали припадки за типичные перитифлитическіе, тогда какъ другіе, находя возлѣ матки опухоль, принимали ее за принадлежавшую трубѣ. Изслѣдованъ подробно больную, Kümmel нашелъ, что и тѣ и другіе правы, и, дѣйствительно, на операціи найдены и раздутая труба, наполненная гноемъ, и воспаленный червеобразный отростокъ, содержавшій каловый камень.—Извѣстны случаи, когда благодаря неточному распознаванію, удаленіе только одного изъ заболѣвшихъ органовъ не приносило желаемаго облегченія, которое наступало только послѣ повторной операціи съ удаленіемъ и второго пораженнаго органа. Такъ напримѣръ Smitt [5]) приводитъ слѣдующій случай: у больной по поводу жестокихъ болей въ правой сторонѣ живота и обильныхъ регулъ удалена правая труба съ увеличеннымъ яичникомъ (Hydrops folliculorum). Послѣ операціи боли не прекратились, справа отъ матки прощупывалось уплотненіе и заболѣлъ лѣвый яичникъ. Черезъ $6^1/_2$ мѣс. вторичная операція съ удаленіемъ второго яич-

[4]) Kümmel. Festschrift zur Feier des Stiftungsfestes des ärztl. Vereines zu Hamburg.

[5]) Smitt. Kolektomie wegen Adhäsionen des Coecums mit einem alten Eierstockstiel und tuberculösem Appendix.—Centralblatt für Gynäkologie 1895. № 39.

ника. Кромѣ того на операціи обнаружено, что культя отъ правыхъ придатковъ срослась въ плотную массу съ червеобразнымъ отросткомъ и слѣпой кишкой; только по уничтоженіи этихъ сращеній исчезли боли. Krüger приводитъ 9 случаевъ одновременнаго заболѣванія червеобразнаго отростка и правосторонняхъ придатковъ. Изъ нихъ всего въ 2-хъ случаяхъ признаки заболѣванія того и другихъ органовъ были выражены характерно, въ остальныхъ же случаяхъ одновременное заболѣваніе обнаружено только на операціи. Изъ этихъ 7-ми случаевъ—въ 2 случ., благодаря частымъ припадкамъ перитифлита, предполагался послѣдній, остальные же 5 случаевъ трактовались за гинекологическіе.

Duehrssen[1]) за послѣднее время при своихъ гинекологическихъ операціяхъ методически сталъ обращать вниманіе и на состояніе червеобразнаго отростка и на 320, операцій per laparotomiam и per vaginam въ 10 случаяхъ нашелъ червеобразный отростокъ пораженнымъ и въ 9 случаяхъ произвелъ его ампутацію, въ то время, какъ раньше на большое число операцій онъ произвелъ ампутацію червеобразнаго отростка только въ 4 случ. и то только потому, что отростокъ былъ непосредственно прирощенъ къ операціонному полю.

На основаніи своихъ изслѣдованій Duehrssen полагаетъ, что въ 3% всѣхъ гинекологическихъ лапаротомій червеобразный отростокъ оказывается пораженнымъ и подлежащимъ удаленію.

Mc. Laren[2]) идетъ въ этомъ отношеніи несравненно дальше Duehrssen'a, такъ, по его даннымъ изъ 200 произведенныхъ имъ лапаротомій, въ 158 случаяхъ имѣлось заболѣваніе придатковъ и изъ нихъ въ 40% былъ воспаленъ червеобразный отростокъ, отъ котораго, по его мнѣнію, и распространялось воспаленіе—Къ этимъ цифрамъ, однако, надо отнестись съ осторожностью, какъ къ несомнѣнно преувеличеннымъ.

Безспорно, что все чаще и чаще подтверждаемый новыми наблюденіями фактъ совмѣстнаго заболѣванія половыхъ придатковъ и червеобразнаго отростка и несомнѣнная этіологическая связь между тѣмъ и другимъ заболѣваніемъ заставляютъ, дѣйствительно, обращать большее вниманіе на состояніе того или другого изъ упомянутыхъ органовъ при операціяхъ надъ однимъ изъ нихъ. Въ этомъ отно-

[1]) Duehrssen. Ueber gleichzeitige Erkrankung des Wurmfortsatzes und der weiblichen Beckenorganen. Arch. f. klin. Chirurgie LIX Bd. 4. 1899.
[2]) Mc Laren (St. Paul) Amer. Journ. of obstetr. June, July 1900.

шеніи правъ Sänger[1]), указывающій на такую же необходимость при каждой оваріотоміи справляться о состояніи червеобразнаго отростка, какъ справляются о состояніи 2-го яичника. Sänger, увлекаясь этой мыслью, полагаетъ даже, что перитифлиты болѣе и болѣе передвигаются въ область гинекологіи.

Мы наблюдали 2 случая одновременнаго заболѣванія червеобразнаго отростка и правосторонняхъ придатковъ, но уже съ осложненіемъ общимъ перитонитомъ. Въ 1-мъ случаѣ (№ 53 хир.) діагнозъ, т. е. происхожденіе перитонита, до операціи не былъ точно установленъ: признаки со стороны половой сферы (гной изъ мочеиспускательнаго канала, гнойныя выдѣленія изъ рукава, опухоль въ заднемъ сводѣ) были выражены настолько рѣзко, что давали право принять здѣсь гинекологическій перитонитъ. Этотъ діагнозъ въ дѣйствительности и не грѣшилъ противъ истины. Измѣненія въ червеобразномъ отросткѣ скорѣе были хроническаго характера, и весьма вѣроятно, что не они дали начало диффузному перитониту. (Исходъ въ выздоровленіе въ этомъ случаѣ также даетъ нѣкоторое право думать о гонорройномъ происхожденіи перитонита).

Во 2-мъ случаѣ, (№ 46 хир.) наоборотъ, измѣненія червеобразнаго отростка были гораздо значительнѣе, чѣмъ правой трубы, и перитонитъ былъ, несомнѣнно, перитифлитическаго происхожденія, что и предполагалось до операціи.

Случаи эти слѣдующіе:

1-й случай (№ 53 хир.). *Параскевья Пар.*, кресть., замуж., 25 лѣтъ. Поступила въ больницу 16 января 1898 г., выписалась 30 іюня.

Anamn. Наканунѣ поступленія въ больницу въ вагонѣ, по дорогѣ въ С.-Петербургъ, у больной внезапно появились боли живота около пупка, головная боль и рвота. До этого три дня былъ запоръ. Прежде же стулъ былъ нормальный. Раньше животъ никогда не болѣлъ. Menses на 15-мъ году, черезъ 4 недѣли по 7 дней. Послѣдніе 10/I, въ срокъ. Родовъ 3, послѣдніе 4 года назадъ. Выкидыша не было.

St. praes. Больная средняго роста, правильнаго тѣлосложенія и хорошаго питанія. Губы немного ціанотичны. Животъ порадочно вздутъ, особенно въ области пупка, очень болѣзненъ. Въ подвздошно-стѣнной области ничего не прощупывается. *Per vag.*: изъ *мочеиспускательнаго канала выдѣляется капля зеленаго гноя*; изъ *рукава гнойныя выдѣленія*. Матка подвижна, in retroversione. Слѣва сводъ свободенъ; справа сводъ укороченъ, но также ничего не прощупы-

[1]) Sänger. Пренія по поводу доклада Füth'a: Die Wechselbeziehungen zwischen Erkrankungen des Wurmfortsatzes und der Adnexe.—Centralbl. f. Gynäkol. № 1. 1899.

вается. Въ заднемъ сводѣ среди неособенно твердыхъ каловыхъ массъ прощупывается опухоль, ровная, эластическая, величиною въ виноградину. Больная жалуется на схваткообразныя боли живота. Ни тошноты, ни рвоты нѣтъ. Стула не было. t° 38,7. Пульсъ 102. Ord.: опій, ледъ и спринцевания.

17/I. t° утр. 38,2. Пульсъ 110. Стула не было, вѣтры не отходятъ. Сильныя схваткообразныя боли живота и головная боль.

Подъ хлороформинымъ наркозомъ произведена лапаротомія (*Г. Ф. Цейдлеромъ*) разрѣзомъ по срединной линіи между пупкомъ и лобкомъ. По вскрытіи брюшины предлежалъ сальникъ съ замѣтно переполненными сосудами и петли тонкихъ кишекъ съ инъецированными серознымъ покровомъ, кое гдѣ покрытыми мягкимъ фибринознымъ налетомъ. Въ брюшную полость вверхъ введены отграничивающіе асептическіе тампоны, послѣ чего приступлено къ осмотру ниже лежащихъ петель кишекъ, при чемъ обнаружилось, что склейки въ большомъ количествѣ, а также и большая инъекція кишекъ, идутъ вправо и внизъ, гдѣ удалось найти *червеобразный отростокъ, прикрытый склейками вблизи fineae inguinalae*. Верхушка отростка немного вздута и вблизи ея довольно плотныя фиброзныя склейки съ замѣтно измѣненнымъ серознымъ покровомъ. Брыжжейка черв. отр. начинается отъ верхушки отростка, довольно высокая и въ изобилии покрыта жировыми отложеніями. Червеобразный отростокъ ампутированъ у самаго основанія по наложеніи простыхъ лигатуръ на него и брыжжейку. По продольномъ вскрытіи отростка оказалось, что онъ наполненъ *жидкимъ гноемъ*, который скопился по преимуществу въ его немного раздутомъ концѣ, остальной просвѣтъ отростка не расширенъ. Слизистая блѣднаго цвѣта, въ складкахъ и немного разрыхлена. Вблизи верхушки имѣется въ булавочную головку рубецъ краснаго цвѣта. Длина отростка 6—7 сант. Всѣдъ за ампутаціей червеобразнаго отростка выведена наружу правая труба, оказавшаяся *расширенной, а свободный конецъ колбовидно вздутымъ; при надавливаніи показался гной*. Правый яичникъ, лежавшій за маткой въ заднемъ сводѣ, увеличенъ, бугристъ. Труба и яичникъ укрѣплены въ тазу склейками. Ампутація трубы съ яичникомъ. *Труба наполнена густымъ гноемъ съ фибринозными свертками*. Яичникъ кистовидно перерожденъ, а на одномъ изъ концовъ его имѣется *дермоидная киста* въ небольшое яблоко величиною, со множествомъ сѣрыхъ волосъ и хрящевидныхъ образованій. Введены асептическіе тампоны къ слѣпой кишкѣ и въ полость таза. t° вечъ. 38,4.

Послѣоперационное теченіе мѣсколько первыхъ дней было очень тяжелое. Повязка со снѣжной тампоной произведена на 6-й день, а затѣмъ черезъ 2—3 дня. Стулъ былъ задержанъ и вызывался клизмами, а затѣмъ снѣжился поносами. Моча вначалѣ была безъ индикана, а черезъ нѣсколько дней давала ясную реакцію на послѣдній. t° опустилась до нормы, но въ концѣ второй недѣли у больной появился erysipelas на ягодицахъ. Рана вначалѣ отдѣлила очень много густого гноя, но вскорѣ стала быстро выполняться. Однако, полное рубцеваніе раны за-

держалось свищемъ, шедшимъ къ культѣ червеобразнаго отростка. 28/I при смѣнѣ тампоновъ отошла толстая лигатура, вѣроятно, съ червеобразнаго отростка, такъ какъ изъ раны показался жидкій калъ. Отхожденіе кала скоро прекратилось, но свищъ долго не закрывался. 25/IV т. е. черезъ 3 слишкомъ мѣсяца изъ свища выдѣлилась вторая толстая лигатура, вѣроятно, съ брыжжейки червеобразнаго отростка, но и на этотъ разъ выдѣленіе лигатуры не повело къ быстрому зажизленію свища. Больная выписалась только 16/V съ широкимъ лучистымъ рубцемъ и съ начинающейся эвентраціей.

2-й случай (№ 46 хир.). Екатерина Кл., крест., замуж., 44 лѣтъ. Поступила въ больницу 4 марта 1897 года, *умерла* 7-го марта.

Anam. Въ ночь съ 28/II на 1/III появились боли въ животѣ и рвота, державшіяся всѣ эти дни до поступленія въ больницу. Стула не было съ 28/II; вѣтры также не отходили. Около 15 лѣтъ, какъ у больной время отъ времени появлялись боли въ правой подвздошной области; причемъ иногда боли сопровождались рвотой. Больная страдаетъ запорами. Рожала 6 разъ, послѣдній разъ 8 лѣтъ тому назадъ.

St. praes. Больная въ коллапсѣ, кожа, собранная въ складки, не распускается. Лицо рѣзко осунувшееся. Пульса на лучевыхъ артеріяхъ не прощупывается. Мочевой пузырь пустъ (катетръ). Животъ немного вздутъ, нѣсколько неправильной формы: болѣе вздута правая нижняя часть его. Перистальтики нѣтъ. Послѣ клизмы вышло значительное количество каловыхъ массъ.

Тотчасъ же по поступленіи въ больницу произведена нами лапаротомія подъ мѣстной анэстезіей кокаиномъ (0,03). Разрѣзъ по срединной линіи отъ пупка до symphysis. Кишки немного вздуты, инъецированы и склеены фибринозными перепонками, между которыми включены небольшіе гнойнички. По введеніи асептическихъ тампоновъ во всѣ стороны отъ разрѣза приступлено къ осмотру правой подвздошной области, при чемъ показался густой вонючій гной. Слѣдомъ второй разрѣзъ на типичномъ мѣстѣ для перитафлита. Слѣпая кишка вытянута съ червеобразнымъ отросткомъ, который и ампутированъ по наложеніи лигатуръ на его брыжжейку и основаніе. Червеобразный отростокъ въ 7 сант. длиною, дугообразно изогнутъ, почти посрединѣ значительно вздутъ, здѣсь, на мѣстѣ перегиба, имѣется прободное отверстіе почти въ 1 сант. длиною, захватывающее половину окружности отростка. Свободный конецъ на протяженіи 1½ сант., наоборотъ, очень тонкій и плотный на ощупь. Просвѣтъ центральнаго конца съуженъ, по всѣмъ проходимъ для тонкаго зонда, въ остальной части просвѣтъ расширенъ, исключая свободнаго конца, который совершенно облитерированъ. Серозный покровъ вокругъ прободного отверстія на значительномъ протяженіи разрушенъ. Тампонада. Сухая асептическая повязка.

Больная безъ пульса. Частая рвота. t° вен. 36,0 Ord.: Inject. camph. черезъ 1 часъ. Вливаніе физіолог. раствора въ rectum.

5/III. t° утр. 35,5. Больная крайне слаба, безъ пульса. Частая рвота. Стула не было. t° веч. 36,0.

6/III. t° утр. 36,6. Общее состояніе сегодня, какъ будто, лучше. Появился едва ощутимый пульсъ (90). Языкъ влажный. Рвота желчью продолжается безпрерывно. Животъ умѣренно вздутъ. Сдѣлано промываніе желудка. Послѣ клизмы немного прослабило. Повязка промокла. Перевязка: смѣнены только верхніе слои. t° веч. 36,2.

7/III въ 6½ утра exitus.

Вскрытіе 8/III.

Протоколъ вскрытія (прив. доц. А. Ив. Моисеевъ). Сердце расширено, стѣнки желудочковъ мягки и бѣдны. Легкіи полнокровны, верхняя часть нижней доли праваго легкаго уплотнена, на разрѣзѣ безвоздушная, зернистая, краснаго цвѣта. Селезенка нормальной величины, мясиста на ощупь, поверхность разрѣза сухая. Почки слегка увеличены, капсулы легко отдѣляются, корковый слой сѣраго цвѣта, понутнѣлъ. Печень полнокровна, мягка, глинистаго цвѣта, границы долекъ сглажены. Peritoneum parietale et viscerale in regione ileo-coecale e pelvis понутнѣлъ, сѣровато-краснаго цвѣта, на поверхности покрыть фибринозно-гнойными пленками, легко соскабливающимися. Fossa subcoecalis асцидно-грязнаго цвѣта. Processus vermiformis удаленъ, культя его крѣпко перевязана. Стѣнки intestini ilei за исключеніемъ нижнихъ 3 вершковъ утолщены, какъ бы отечны; слизистая оболочка краснаго цвѣта. Слизистая оболочка нижней части intestini ilei et coeci блѣдна и асцидно окрашена. *Правая Фаллопіева труба умѣренно расширена и содержитъ гнойную жидкость.* Матка мала, полость немного расширена, слизистая оболочка атрофирована, розоваго цвѣта.

Diagnosis anatomica. Degeneratio parenchymatosa cordis, hepatis et renum. Pneumonia fibrinosa acuta lob. infer. dextri (hepatisatio rubra). Hyperaemia venosa lienis. *Peritonitis purulenta et adhaesiva. Appendicitis ulcerosa perforativa.* Enteritis catarrhalis acuta et chronica. *Salpingitis dextra purul.*

Одновременное заболѣваніе червеобразнаго отростка и правосторонняхъ придатковъ матки только въ рѣдкихъ случаяхъ бываетъ случайнымъ совпаденіемъ, а въ большинствѣ случаевъ оно, какъ говорилось выше, обусловливается взаимнымъ соотношеніемъ этихъ органовъ или благодаря своему близкому сосѣдству, или черезъ посредство описанной на стр. 80 и 183 складки, идущей отъ брыжейки червеобразнаго отростка къ правой широкой связкѣ (ligamentum appendiculo-ovaricum). Инфекція передается по лимфатическимъ путямъ названной складки отъ одного органа къ другому и обратно. Duehrssen принимаетъ еще способъ заражения червеобразнаго отростка отъ половыхъ органовъ черезъ посредство *кишечныхъ сращеній*, вызванныхъ мѣстнымъ перитонитомъ.

При взаимномъ соотношеніи заболѣваній червеобразнаго отростка и придатковъ, заболѣванія первато и вторыхъ могутъ быть *первичными* и *вторичными*. При первичномъ заболѣваніи патолого-анатомическія измѣненія подлежащаго органа должны быть болѣе значительными, чѣмъ въ другомъ, вторично зараженномъ органѣ. Такъ изъ нашихъ вышеприведенныхъ случаевъ въ одномъ случаѣ первично была поражена правая труба, и въ другомъ случаѣ — червеобразный отростокъ. Duehrssen во всѣхъ 9 случаяхъ нашелъ Appendicitis simpl. въ смыслѣ Sonnenburg'a и во всѣхъ случаяхъ онъ принимаетъ заболѣваніе червеобразнаго отростка за вторичное отъ половыхъ органовъ. Въ 8 случаяхъ изъ нихъ гной былъ или въ трубахъ или въ яичникѣ, и въ 1 случаѣ былъ двухсторонній hydrosalpinx. Въ 2-хъ другихъ случаяхъ воспаленіе червеобразнаго отростка также было вторичное: въ одномъ изъ нихъ была саркома брыжейки, а въ другомъ внѣматочная беременность. Наконецъ въ 1 случаѣ этіологія осталась невыясненной. И только въ *1 случаѣ* — воспаленіе червеобразнаго отростка (Entpyema proc. vermif.) было *первичное*.

У Ochsner'a [1]), наоборотъ, приводятся данныя о болѣе частомъ первичномъ заболѣваніи червеобразнаго отростка, а именно: изъ 51 оперированныхъ имъ больныхъ у 15 было первичное воспаленіе червеобразнаго отростка и вторичное придатковъ, въ 13 же случаяхъ или придатки были поражены первично, или червеобразный отростокъ и придатки были настолько поражены, что невозможно было различить первоисточника.

Borchardt также приводитъ 3 случая распространенія воспаленія съ червеобразнаго отростка на придатки у virgines, гдѣ, стало быть, несомнѣнно, пораженіе червеобразнаго отростка было первичнымъ.

Въ тяжелыхъ случаяхъ съ обширными тазовыми нагноеніями Duehrssen для успѣшнаго леченія совѣтуетъ удалять не только червеобразный отростокъ и придатки, но также и матку, что дастъ кромѣ того хорошій стокъ черезъ рукавъ. Такая операція имъ произведена въ 2-хъ случаяхъ,—а въ 3-мъ случаѣ ему пришлось удалить всѣ половые органы ради остановки кровотеченія, открывшагося послѣ удаленія червеобразнаго отростка и придатковъ.

Duehrssen обращаетъ также вниманіе на одно весьма важное послѣдствіе аппендицита: воспаленіе червеобразнаго отростка

[1]) Ochsner. Journ. of the Amer. med. Ass. July. 1899

черезъ посредство lig. appendiculo-ovaricum можетъ вызвать parametritis supp., которое съ своей стороны можетъ вызвать *retroversio uteri*—т. е. аппендицитъ является причиною аномалій положенія матки.

На подобныя же послѣдствія указываетъ также Krönig[1]), говоря, что перитифлитическіе гнойники въ Дугласовомъ пространствѣ могутъ оставить мощные рубцы, иммобилизирующіе матку и стенозирующіе прямую кишку и въ такихъ случаяхъ весьма трудно отличающіеся отъ раковыхъ и люэтическихъ стриктуръ.

Zweifel[2]) же указываетъ на то весьма важное послѣдствіе перитифлитическихъ гнойниковъ, что они при своихъ затекахъ въ полость малаго таза могутъ повести къ закрытію брюшного отверстія Фаллопіевой трубы и тѣмъ повести къ *безплодію*. Въ этихъ случаяхъ въ противоположность безплодію при гонорройномъ воспаленіи, операція будто бы даетъ хорошіе результаты.

Перитифлитъ у беременныхъ и въ послѣродовомъ періодѣ въ дифференціально-діагностическомъ отношеніи представляетъ большія трудности. Поэтому многіе случаи протекаютъ совершенно не распознанными и до послѣдняго времени это осложненіе беременности и послѣродового періода мало изучалось; только за послѣдніе годы оно начало привлекать къ себѣ вниманіе.

Правда, и въ прежнее время осложненіе беременности или послѣродового періода перитифлитомъ не могло остаться незамѣченнымъ, но это осложненіе ложно толковалось какъ *воспалительные, послѣродовые процессы*, какъ о томъ встрѣчаются описанія въ хирург. и акушерскихъ руководствахъ XVIII столѣтія, напр., Ledran'a[3]), Bourione'a, Lourcet[3]), Deleurge[3]) и др., какъ о томъ уже упоминалось выше.

Хотя къ этому же времени относится наблюденіе Mestivier, вскрывшаго гнойникъ въ правой подвздошной ямкѣ у женщины, беременной на 8-мъ мѣс. и умершей, какъ показало вскрытіе, отъ перитонита *вслѣдствіе прободенія червеобразнаго отростка застрявшей въ немъ булавкой*, но его наблюденіе — *первое*, между прочимъ, достовѣрное *описаніе заболѣванія червеобразнаго отростка*, — оставалось въ то время и въ теченіе слѣдующихъ нѣсколькихъ десятилѣтій единственнымъ, внѣ какой либо связи съ господствовавшимъ тогда крайне неточнымъ представленіемъ, какъ вообще о воспалительныхъ процессахъ правой подвздошной ямки, такъ въ особенности о нихъ въ теченіе беременности или послѣродового періода.

Затѣмъ, въ эпоху наиболѣе широкаго распространенія ученія о *воспаленіи слѣпой кишки* воспалительнымъ процессамъ въ правой подвздошной ямкѣ, осложняющимъ теченіе беременности и особенно послѣродового періода, отводилось довольно замѣтное мѣсто; послѣднимъ приписывалось даже извѣстная этіологическая роль по отношенію къ первымъ.

Такъ, Piotay[1]) еще въ 1837 г. указывалъ на наблюденія, что первородящія чаще заболѣваютъ нарывами правой подвздошной ямки, чѣмъ многорожавшія, и причину тому видѣлъ въ томъ, что первые роды продолжительнѣе, труднѣе, чаще требуютъ акушерской помощи, введенія руки и инструментовъ, что является предрасполагающимъ моментомъ къ названной болѣзни.

Къ этому же времени относится подраздѣленіе перитифлитовъ Loschner'a[2]) на perityphlitis rheumatica, exudativa, scrophulosa и *perityphlitis puerperalis*.

Изъ русскихъ авторовъ Платоновъ въ 50-хъ годахъ указываетъ въ числѣ предрасполагающихъ причинъ къ нарывамъ правой подвздошной ямки—также *послѣродовой періодъ*.

Шахтингеръ (въ 60-хъ годахъ) въ числѣ причинъ, предрасполагающихъ къ развитію перитифлита, указываетъ на болѣзни матки, особенно *положеніе плода во время беременности*, болѣзни праваго яичника и Фаллопіевой трубы и *послѣродовую горячку*. По его словамъ, будто бы, статистическія данныя, взятыя изъ родильныхъ отдѣленій С.-Петербургскаго Воспитательнаго дома, Повивальнаго института, Акушерской и Женской клиникъ показываютъ, *что перитифлитъ часто встрѣчается какъ осложненіе въ родильной горячкѣ*.

Въ то время, однако, этому осложненію, согласно господствовавшему тогда ученію, придавалось болѣе общее значеніе и часто послѣродовое заболѣваніе принималось за перитифлитъ, но совсѣмъ

[1]) Krönig. Преніи по поводу доклада Füth'a. Centralbl. f. Gyn. № 1. 1899.
[2]) Zweifel. Преніи по поводу доклада Füth'a. Centralbl. für Gynäk. № 1. 1899.
[3]) l. c.

[1]) Piotay. Essai sur les tumeurs phlegmoneuses de la fosse iliaque.—Thèse de Paris, 1837.
[2]) l. c.

не за такой, какъ мы его понимаемъ въ настоящее время. Такъ напр., Шахингеръ относитъ перитифлитъ въ послѣродовому періодѣ къ вторичнымъ — къ *Perityphlitis secundaria*, такъ какъ «въ родильной горячкѣ болѣнь происходитъ черезъ распространенія воспаленія изъ страждущаго органа (матки) на *клышчатку*, окружающую слѣпую кишку, а не составляетъ самостоятельнаго идіопатическаго воспаленія».

Съ распространеніемъ же ученія *о заболѣваніяхъ червеобразнаго отростка*, какъ *этіологической причины* воспаленій въ правой подвздошной ямкѣ, объ этой болѣзни, какъ осложненіи беременности и послѣродового періода, какъ бы забыли и нѣтъ сомнѣнія, что, какъ раньше послѣродовые процессы, какъ мы только что указали, относили въ рубрику перитифлитовъ, такъ теперь многіе случаи перитифлита, наоборотъ, третировались за послѣродовые или вообще за гинекологическіе воспалительные процессы.

Только за послѣднее время стали обращать бо́льшее вниманіе на болѣе строгое *дифференцированіе* того и другого страданія.

Привлекла также вниманіе и та особенность перитифлитовъ во время беременности и въ послѣродовомъ періодѣ, что *совмѣстное ихъ существованіе обусловливаетъ очень тяжелое теченіе, часто оканчивающееся смертью.*

Для *дифференціальнаго діагноза перитифлита и воспаленія правосторонняхъ придатковъ во время беременности* представляются тѣ трудности, что при послѣдней нарушается общее правило, гласящее, что при перитифлитѣ процессъ развивается *выше*, а при воспаленіяхъ придатковъ — *ниже*. Вслѣдствіе увеличенія матки во время беременности придатки ея также поднимаются и могутъ достичь уровня червеобразнаго отростка и при своемъ заболѣваніи симулировать такимъ образомъ перитифлитъ. Въ такихъ случаяхъ анамнестическія данныя, предшествовавшія заболѣванія половыхъ органовъ или же предшествовавшіе перитифлитическіе припадки даютъ существенныя указанія.

Еще болѣе трудностей представляетъ діагнозъ въ *послѣродовомъ періодѣ*, въ особенности въ тѣхъ случаяхъ, когда *послѣ родовъ или выкидыша* присоединяется *общій перитонитъ*, который по понятнымъ причинамъ часто принимаютъ за послѣродовой, тогда какъ онъ перитифлитическаго происхожденія.

Скорѣе подлазятъ дифференцированію *ограниченные* перитифлиты въ послѣродовомъ періодѣ и пуэперальные пара-периметриты. «Послѣдніе хотя и развиваются такъ же бурно, какъ и перитифлиты, но при этомъ общее состояніе или вовсе не страдаетъ, или только частью: выраженіе лица остается почти естественнымъ; явленія общаго перитонита отсутствуютъ. верхняя часть живота остается безболѣзненной» (Krüger).

Среди нашего матеріала *перитифлитъ во время беременности и въ послѣродовомъ періодѣ* наблюдался въ 12 случаяхъ, изъ нихъ въ 6 случаяхъ имѣлся *ограниченный перитифлитъ*, а въ остальныхъ случаяхъ *общій перитонитъ*.

Въ случаяхъ съ *ограниченнымъ перитифлитомъ заболѣваніе червеобразнаго отростка* распознано *во всѣхъ 6 случаяхъ*, хотя въ иныхъ изъ нихъ съ нѣкоторой только вѣроятностью.

Въ случаѣ 1-мъ (№ 57 хир.)—воспалительный процессъ въ правой подвздошной ямкѣ начался не тотчасъ же послѣ выкидыша, а спустя 8 дней послѣ хорошаго общаго и мѣстнаго состоянія. Спустя сказанный срокъ развились острыя явленія, по мѣстнымъ признакамъ, характерныя для заболѣванія червеобразнаго отростка, что и подтвердилось на операціи: положеніемъ гнойника подъ слѣпой кишкой и появленіемъ вскорѣ калового свища.

Во 2-мъ случаѣ (№ 30 хир.)—положеніе гнойника, отсутствіе предшествовавшихъ заболѣваній половыхъ органовъ говорило за перитифлитъ, что послѣ подтвердилось на операціи рѣзкимъ характернымъ каловымъ запахомъ гноя.

Въ 3-мъ случаѣ (№ 48 хир.)—воспалительный процессъ присоединился на 3-й день послѣ родовъ и надо было бы подозрѣвать прежде всего послѣродовой процессъ, но мы увидѣли больную почти черезъ 2 недѣли послѣ начала болѣзни, когда перитифлитическій процессъ принялъ свои характерные симптомы. На операціи ампутировавъ перфорированный червеобразный отростокъ.

Въ 4-мъ случаѣ (№ 30 хир.)—воспалительный процессъ въ правой подвздошной ямкѣ начался за недѣлю до родовъ, а спустя 3 недѣли послѣ родовъ больная поступила въ нашу больницу. За перитифлитъ кромѣ другихъ признаковъ говорили также и 2 предшествовавшихъ припадка, наблюдавшихся также въ нашей больницѣ.

Въ 5-мъ (№ 28 тер.) и *6-мъ* (№ 50 тер.) *случаяхъ* — произведенныхъ терапевтически и окончившихся выздоровленіемъ, поставленъ *вѣроятный* діагнозъ перитифлита: признаки мѣстные и общіе (желудочно-кишечнаго канала) и отсутствіе признаковъ заболѣванія половыхъ органовъ говорило за воспаленіе червеобразнаго отростка.

Случаи эти слѣдующіе:

1-й случай (№ 57 хир.) *Февронія Як.*, крест., замуж., 35 лѣтъ. Поступила въ больницу 13-го марта 1898 г. Выписалась 11-го августа.

Anamn. Заболѣла 9-го марта сильными болями внизу живота, жаромъ и слабостью; тогда же появились крови сгустками. Menses на 16-мъ году, черезъ 3 недѣли по 3 дня, безъ боли и умѣренныя. Послѣднія въ срокъ 12—15/I. Родовъ—3, нормальные. 1-е роды на 25-мъ году, послѣдніе 7 лѣтъ назадъ. *Выкидышъ* 1, два года тому назадъ (въ настоящее время принята въ гинекологическое отдѣленіе съ выкидышемъ).

St. praes. Выдѣленія грязныя и вонючія. Шейка сформирована, едва пропускаетъ палецъ. На передней стѣнкѣ матки прощупывается шероховатость плацентарнаго мѣста и куски оставшейся плаценты, которыхъ захватить корнцангомъ не удалось. Полость матки выскоблена острой ложечкой, причемъ выдѣлилось нѣсколько кусковъ пляценты съ отвратительнымъ запахомъ. Полость матки промыта карболовымъ растворомъ и затампонирована іодофорной марлей. t° утр. 38,5, веч. 40,3 ознобъ. Ord.: Secale corn. Ледъ на животъ.

Черезъ день t° упала до нормы; выдѣленія стали чище и меньше, а къ 19/III совершенно прекратились. Общее состояніе хорошее, хотя *со второго дня послѣ выскабливанія больная начала жаловаться на боли въ правой подвздошной ямкѣ.* Стулъ все время былъ задержанъ и вызывался клизмами и изрѣдка слабительнымъ.

21/III. Наступило рѣзкое ухудшеніе. t° утр. 39,0. Пульсъ 120. Боли въ животѣ справа въ высшей степени обострились. При ощупываніи живота сильная чувствительность въ *правой подвздошной ямкѣ*, гдѣ прощупывается на высотѣ sp. ant. sup. уплотненіе въ ладонь величиною. Per vag.: матка смѣщена направо, лѣвая и задняя часть малаго таза свободны. Инфильтратъ съ правой стороны не достигается пальцемъ, но сводъ внизу чувствителенъ. Выдѣленія слизисто-гнойныя. t° веч. 39,3. Ord.: Opii. p. 0,015, черезъ 2 ч. Спринцеванія. Ледъ на животъ.

22/III. t° утр. 38,3. Пульсъ 102. Боли живота стихли. Животъ мягкій; кнутри отъ sp. ant. sup. os. ilei dex. ясно прощупывается круглая опухоль, ограниченная, болѣзненная, величиною въ среднее яблоко. *Между опухолью и правой Пупартовой связкой свободная безболѣзненная полоса пальца въ 3 шириною.* Перкуторный тонъ надъ опухолью притупленно-тимпаническій. Per rectum опухоль не достигается.

Подъ хлороформнымъ наркозомъ (30,0) сдѣлана нами лапаротомія. Обычный косой послойный разрѣзъ для перитифлита въ 15 снтм. Поперечная фасція, предбрюшинная клѣтчатка и брюшина спаяны въ средней части раны. По вскрытіи ихъ оказалось, что брюшина вверху спаяна съ сальникомъ и лежащей подъ нимъ слѣпою кишкою, *въ нижне-внутренней же части раны склеекъ не было,*

открывалась *свободная брюшная полость по направленію къ тазу.* Сюда введены отграничивающіе асептическіе тампоны. Слѣпая кишка довольно плотно прирощена къ боковой стѣнкѣ подвздошной ямки. При постепенномъ отдѣленіи слѣпой кишки отъ боковой стѣнки вскорѣ показался *жидкій и чрезвычайно вонючій гной.* Введенный палецъ констатируетъ полость въ куриное яйцо величиною съ неровными, но вездѣ достигаемыми стѣнками. На днѣ прощупывается довольно толстый тяжъ (червеобразный отростокъ?), плотно срощенный, такъ что отдѣлить его не удалось. *Гнойная полость довольно высоко лежитъ надъ малымъ тазомъ и, видимо, не имѣетъ никакой связи съ его органами.* Тампонада. Асептическая повязка. t° веч. 38,5.

Черезъ день t° спала до нормы. Общее состояніе вскорѣ стало хорошимъ. Рана начала быстро выполняться, отдѣленія раны уменьшаться. Стулъ первое время былъ задержанъ и вызывался клизмами, но затѣмъ сталъ нормальнымъ. Къ 7/IV на мѣстѣ общей полости оставался только свищевой ходъ, изъ котораго въ это время показывалось кишечное содержимое.

13/IV. вечеромъ наступила рѣзкая перемѣна. Больную сильно знобило. t° поднялась до 39,5°. Головная боль. Стулъ 2 раза жидкій.

14/IV. t° утр. 37,4. Пульсъ 96. Общее состояніе лучше. Стула не было. Животъ не болитъ. t° веч. 40° Ord.: Phenacetin 0,5. № 2.

15/IV. t° утр. 39,4. Пульсъ 130. Вчера вечеромъ немного знобило. Послѣ клизмы прослабило. Больная кромѣ общей слабости ни на что не жалуется. Животъ не вздутъ, мягкій и безболѣзненный. Изрѣдка только несильныя боли живота. Тошнота и икота. Перевязка. Отдѣленій мало. Полость почти выполнилась. Небольшой свищъ подъ слѣпую кишку еще держится. Тампоны смочены *жидкимъ каломъ.* t° веч. 38,7.

Съ этого времени t° каждый день была повышена, иногда до 39,9°; часто появлялась тошнота и икота и даже рвота, стулъ большею частью былъ задержанъ, а также и газы; животъ же все время оставался мало вздутымъ. Предполагалось, что имѣется гнойный затекъ, но опредѣлить его не удавалось, пока наконецъ спустя почти 2 недѣли не появилось уплотненіе слѣва надъ Пупартовой связкой.

27/IV. t° утр. 38,6. Пульсъ 106. Ночь спала плохо. Стула не было, вѣтры не отходятъ. Животъ болитъ мало. Сегодня утромъ послѣ яйца вырвало. Животъ умѣренно вздутъ. Надъ лѣвой Пупартовой связкой прощупывается разлитая, слегка болѣзненная резистенція. Въ мочѣ ни бѣлка, ни индикана нѣтъ. t° веч. 39,0.

28/IV. t° утр. 38,4. Пульсъ 96. Животъ болѣе вздутъ. Уплотненіе надъ лѣвой Пупартовой связкой прощупывается яснѣе. Языкъ чистый. Стула не было, вѣтры не отходятъ. Ни тошноты, ни рвоты нѣтъ. Per vag., лѣвый сводъ напряженъ болѣе; въ заднемъ то же, что и раньше; правый свободенъ. t° веч. 39,1

29/IV. t° утр. 38,0. Пульсъ 120. Ночь послѣ инъекціи морфія спала. Языкъ чистый, но сухой. Стула не было, вѣтры не отходятъ. Животъ сильно вздутъ. По

отхождений газовъ вздутіе живота значительно уменьшилось, послѣ чего можно было ясно прощупать инфильтратъ въ лѣвой подвздошной ямкѣ, поднимающійся вверхъ выше sp. ant. sup. sin. Подъ мѣстной анэстезіей кокаиномъ (0,05) сдѣланъ послойный разрѣзъ въ 10 стим. длиною пальца на 2 кнутри отъ sp. ant. sup. Fascia transversa и брюшина оказались отечными и спаянными другъ съ другомъ. По вскрытіи брюшины показался серозный темноватый эксудатъ, а затѣмъ густой со свертками гной. Введенный палецъ опредѣляетъ довольно большую полость, лежащую въ подвздошной впадинѣ и спускающуюся въ малый тазъ. Нижнія стѣнки полости покрыты толстымъ фибринознымъ налетомъ. Полость кнутри и кверху отграничена склеившимися петлями кишекъ. Тампонада. t° веч. 38,8.

Послѣ этого разрѣза t° продолжала оставаться высокой, видимо, стокъ гноя не былъ вполнѣ удовлетворительный. Кромѣ того, скоро появилось ухудшеніе *плеврита*.

Стулъ также былъ подолгу задержанъ, иногда до полнаго прекращенія отхожденія газовъ, что вело къ громадному вздутію живота и возбуждало подозрѣніе *о кишечной механической непроходимости*. Однако, ближайшее изслѣдованіе показало, что мы имѣемъ здѣсь дѣло съ *рефлекторной* непроходимостью, именно оказалось, что *sphincter ani былъ судорожно сжатъ* и съ трудомъ пропускалъ палецъ, *прямая же кишка растянута газами ad maximum*, такъ что ея стѣнки облегали стѣнки таза. По введеніи толстой дренажной трубки съ шумомъ выдѣлялись газы и жидкій калъ и всѣ явленія непроходимости исчезали, тогда какъ повторныя клизмы оставались безъ эффекта.

10/v. t° утр. 37,3. Пульсъ 106. Дыханіе 30. Ночью сильный кашель съ мокротой. Стулъ послѣ клизмы. Перевязка: обнаруженъ узкій карманъ, идущій подъ брюшной стѣнкой надъ лобкомъ до рубца справа, что указываетъ на то, что гнойникъ слѣва есть затекъ отъ праваго гнойника. t° веч. 38,4.

Черезъ нѣсколько дней удалось провести сквозной дренажъ подъ брюшной стѣнкой поперекъ всего живота справа на лѣво.

На заживленіе гнойныхъ полостей потребовалось весьма продолжительное время. Хотя затековъ и задержки гноя не происходило и легочныя явленія были незначительны, однако, больная продолжала долго лихорадить иногда до 39,0. Стулъ также все время былъ задержанъ.

Съ 16/vi лихорадочное состояніе прекратилось, больная стала крѣпнуть. Стулъ до конца оставался задержаннымъ.

11/viii. Больная выписалась вполнѣ оправившейся, съ точечными грануляціонными поверхностями на мѣстѣ ранъ. Рубцы довольно крѣпкіе и не выпячивающіеся.

2-й случай (№ 30 хир.) *Евдокія Петр.*, мѣщ., дѣв., 30 лѣтъ. Поступила въ больницу 7-го января 1896 г., выписалась 5-го марта.

Анамн. Заболѣла 24-го декабря 1895 года головной болью и жаромъ; въ

этотъ день ушла въ банѣ и съ тѣхъ поръ страдаетъ болью въ правой половинѣ живота и въ правомъ тазобедренномъ суставѣ. Восьмой мѣсяцъ какъ нѣтъ ретулъ.

St. praes. Больная средняго роста и плохого питанія. Языкъ умѣренно обложенъ. Селезенка увеличена, но не прощупывается. Беременна на 8-мъ мѣсяцѣ. Стулъ задержанъ нѣсколько дней. Въ правой нижней долѣ легкихъ слышится нѣмного хриповъ. Туберкулезныхъ бациллъ не найдено. Сильная болѣзненность въ правомъ тазобедренномъ суставѣ и въ reg. ileo-coecalis. Сильная головная боль. t° 38,6.

9/i. t° утр. 38,0. Пульсъ 108. Дыханіе 28. Голова болитъ меньше. Хриповъ въ легкихъ нѣмного. Кашель меньше. Бациллъ въ мокротѣ не найдено. Болѣзненность въ правомъ тазобедренномъ суставѣ и въ правой подвздошной области значительная. Послѣ клизмы *urina sanguinolenta*. Моча діазореакціи не даетъ, бѣлка нѣтъ t° веч. 38,3.

10/i. t° утр. 38,3. Пульсъ 112. Ночь не спала вслѣдствіе сильныхъ болей въ правой половинѣ живота и въ правой подвздошной области. Давленіе на правую половину живота и на правый тазобедренный суставъ вызываетъ боль. Есть опухоль въ правой подвздошной области, опредѣлить трудно въ виду 8-ми мѣсячной беременности больной. Движенія правой ноги въ тазобедренномъ суставѣ свободны, исключая разгибанія. Стула не было. Розеолъ нѣтъ. Языкъ обложенъ t° веч. 38,7.

11/i. t° утр. 38,1. Пульсъ 96, правильный. Общее состояніе хорошее. Послѣ порошковъ камфоры постоянно появляется рвота. Боли въ правомъ тазобедренномъ суставѣ и въ подвздошно-слѣпой области значительно меньше. t° веч. 38,4.

12/i. t° утр. 38,1. Пульсъ 100. Языкъ умѣренно обложенъ. Боли въ правомъ тазобедренномъ суставѣ еще очень значительны. Кашля нѣтъ. Рвоты не было. Стулъ задержанъ. Natr. salicyl. 4%—черезъ 2 часа. Ледъ на клизма. t° въ 4 ч. в. 38,5.

13/i. t° утр. 37,5. Пульсъ 92. Общее состояніе удовлетворительно. Послѣ клизмы два раза слабило обильно. t° веч. 37,9°.

14/i. t° утр. 38,2. Пульсъ 108, правильный. Общее состояніе хорошее. Стулъ нормальный. Въ правой подвздошной области перкуссія даетъ притупленіе. Мочи 1000 куб. стим., діазореакція не получается, бѣлка и форменныхъ элементовъ нѣтъ, реакція на индиканъ отрицательная. t° веч. 38,4.

15/i. t° утр. 38,5. Движенія правой нижней конечности ограничены, особенно разгибательныя, которыя совершаются вмѣстѣ съ тазомъ, такъ что бедро постоянно согнуто въ тазобедренномъ суставѣ подъ прямымъ угломъ. Тазобедренный суставъ, однако, свободенъ. Въ правой подвздошной ямкѣ прощупывается инфильтратъ, болѣзненный при давленіи.

Подъ хлороформинымъ наркозомъ сдѣлана операція (врач. доц. Г. Ф. Цейдлеромъ). Разрѣзъ вилотную къ верхне-передней ости подвздошной кости, внѣбрюшинно. Брюшина оттѣснена и отпнута кнутри, послѣ чего вскрытъ довольно большой, но ограниченный гнойникъ. Гной густой, съ рѣзкимъ каловымъ запахомъ. t° веч. 37,5.

16/i. t° утр. 38,0. Послѣ наркоза были рвота и тошнота. t° веч. 38,2.

17/i. t° утр. 36,8. Тошнота и рвота прекратились. Общее состояніе удовлетворительно. t° веч. 36,9.

18/i. t° утр. 37,3. Пульсъ 120. Самочувствіе больной очень хорошее. t° веч. 37,1.

19/i. t° утр. 37,6. Пульсъ 120. Самочувствіе больной хорошее. Перевязка: тампоны переклѣнены; рана довольно чистая. t° веч. 36,9.

Съ 20/i до дня выписки t° оставалась нормальной. Перевязки производились черезъ 3—4 дня.

3/ii. Больной позволено ходить.

5/ii. Больная выписана при общемъ вполнѣ хорошемъ состояніи и съ почти зажившей раной; оставалась только грануляціонная поверхность въ 1 кв. снтм.

Осмотръ больной черезъ 1 г. 3 мѣс. 6/vi 1897 г.: Общее состояніе здоровья вполнѣ хорошее. Болей въ правой подвздошной области почти никогда не бываетъ. По вышлемъ изъ больницы больная родила своевременно и вполнѣ нормально. Рубецъ въ 7 снтм. длиною и 2 снтм. шириною съ лучистымъ краемъ. При кашлѣ почти никакого выпячиванія рубца не замѣчается. При подняти тяжелыхъ вещей, по словамъ больной, появляется опухоль въ орѣхъ величиною, но не подъ рубцомъ, а надъ верхнимъ его концемъ подъ нормальной кожей. Ощупываніемъ опредѣляется расхожденіе мышечныхъ слоевъ брюшной стѣнки, пропускающее 3 пальца. Мѣсто расхожденія не вполнѣ соотвѣтствуетъ рубцу; оно захватываетъ только верхній его конецъ, а главной своей частью находится выше и кнаружи отъ него подъ нормальной кожей надъ sp. ant. sup. os. ilei.

3-й случай. (№ 48 хир.) *Ефимья Сем.* Солд., замужн., 19 лѣтъ. Поступила въ больницу 6-го іюля 1897 г., выписалась 10-го августа.

Anamn. 21-го іюня больная родила въ срокъ, живого. На 3-й день послѣ родовъ появилась боль внизу живота, «ознобъ, лихорадка, поносъ и рвота. Menses на 18-мъ году, черезъ 3 недѣли по 7 дней съ болью и обильныя. 2 дня рвоты нѣтъ.

St. praes. Больная средняго роста, удовлетворительнаго тѣлосложенія и питанія. Въ правой подвздошной области прощупывается мягковатая опухоль, поднимающаяся изъ таза вверхъ на 2 пальца выше sp. ant sup. и не доходящая до 1. alba на 4 пальца. Per vaginam: матка величиною въ кулакъ, подвижна и мало болѣзненна. Лѣвая труба, особенно маточный конецъ, утолщена. Справа отъ матки опредѣляется опухоль, прощупываемая черезъ брюшную стѣнку. Задній сводъ

свободенъ. Больная жалуется на боли внизу живота. t° 39,8. Ord.: опій, ледъ и спиртованіе.

7/vi. t° утр. 38,3. Пульсъ 102. Языкъ влажный, немного обложенъ. Болѣзненность на мѣстѣ опухоли. Выдѣленія кровянистыя, безъ запаха. t° веч. 40,1.

8/vi. t° утр. 37,5. Пульсъ 96. Головная боль. Стула не было. Опухоль и болѣзненность по прежнему. t° веч. 38,3.

9/vi. t° утр. 36,7. Пульсъ 78. Боль распространилась по всему животу. Опухоль въ правой подвздошной ямкѣ ясно прощупывается. Перкуторный тонъ надъ нею притупленъ. Стула не было. t° веч. 39,1.

10/vi. t° 38,5. Пульсъ 96. Стула послѣ клизмы не было. Въ остальномъ безъ перемѣнъ. t° веч. 39,5.

11/vi. t° утр. 36,7. Опухоль въ правой подвздошной области увеличилась.

Подъ хлороформинымъ наркозомъ произведена операція (*Г. Ф. Цейдлеромъ*). Косой разрѣзъ обычный для перитифлита. Вскрытъ внутри-брюшинный гнойникъ, содержавшій густой гной безъ запаха. Среди склеекъ удалось отдѣлить и аингуспровать червеобразный отростокъ, по наложеніи на него лигатуры. Стѣнка червеобразнаго отростка на одной сторонѣ разрушена сплошь, такъ что слизистая образнаго отростка на всемъ протяженіи. Полость гнойника выполнена тампонами. Часть раны зашита. Послѣопераціонное теченіе гладкое.

10/vi. Больная выписалась съ небольшой грануляціонной поверхностью на мѣстѣ разрѣза.

4-ый случай (№ 3а хир.) *Аѳанасія В-ва*, мѣщ.,замужн., 46 лѣтъ. Поступила въ больницу 16 іюля 1892 года; выписалась 24-го августа.

Anamn. Больная уже лежала въ Обуховской больницѣ въ декабрѣ 1891 г. и январѣ 1892 г. въ теченіе 4 недѣль съ явленіями перитифлита. За два недѣли до поступленія больная родила, а за 3 недѣли до родовъ появились сильныя боли въ правой подвздошной области, отдававшія въ правую ногу. За время отъ боли въ правой подвздошной области, отдававшія въ правую ногу. За время отъ боли въ правой подвздошной области до настоящей болѣзни болевздоровленія отъ перваго приступа (11-го января) до настоящей болѣзни больв

чены и очень болѣзнены. Печень и селезенка не увеличены. Со стороны легкихъ и сердца никакихъ измѣненій. Языкъ слегка обложенъ. t° 38,4. Пульсъ 100. Ord.: камфора, опій и ледъ.

17/vii. t° утр. 37,7. Пульсъ 96, малый дых. 20. Больная чувствуетъ себя нѣсколько лучше; спала хорошо. Боли при покойномъ положеніи съ согнутымъ бедромъ незначительны. Стула не было, не рвало. Со стороны опухоли то же, что и вчера. Мочилась больная сама. Мочи около 1200 куб. сант. t° веч. 39,6.

18/vii. t° утр. 38,4. Пульсъ 108. Дых. 24. Послѣ клизмы прослабило хорошо. Рвоты не было, но есть тошнота и икота. Аппетита нѣтъ. Боли въ правой подвздошной области незначительны, но усиливаются при поворачиваніи. Выпрямить правую ногу больная не можетъ изъ за сильныхъ болей. Опухоль въ правой подвздошной области не особенно болѣзнена, за исключеніемъ мѣста у самаго гребешка подвздошной кости. Перкуторный тонъ надъ нею притупленно-тимпаническій. Паховыя железы по прежнему очень болѣзнены. При гинекологическомъ изслѣдованіи выяснилось, что упомянутая *опухоль не имѣетъ отношенія къ половому аппарату*. Матка прощупывается на 3 пальца надъ лобкомъ. Наружный зѣвъ свободно пропускаетъ два пальца. Введенный въ полость матки палецъ ощупываетъ въ ней кромѣ сгустковъ крови опухоль въ куриное яйцо величиною, исходящую со дна матки и легко рвущуюся (остатокъ пляценты?). Сдѣлано маточное промываніе растворомъ сулемы. Мочи 1000 куб. сант., кислой, реакціи удѣл. вѣса 1,012, безъ бѣлка. t° веч. 39,0 Ord.: Inf. sec. corn.

19/vii. t° утр. 37,6. Пульсъ 100, слабый; дых. 20. Опухоль въ правой подвздошной области прощупывается довольно ясно, довольно болѣзнена на ощупь; перкуторный тонъ надъ нею притупленно-тимпаническій. Селезенка и печень немного увеличены. Языкъ красный, немного обложенъ. Тошноты и рвоты нѣтъ. Появился небольшой аппетитъ. Per vaginam: отдѣленія послѣродовыя продолжаются; матка вялая, зѣвъ свободно пропускаетъ палецъ. Сдѣлано ручное и при помощи острой ложечки извлеченіе (abrasio) остатковъ пляценты, которыхъ оказалось въ общемъ довольно много въ видѣ мелкихъ и очень крупныхъ кусковъ. Полость матки промыта и затампонирована. Мочи 400 куб. с. t° веч. 39,5. Пульсъ 100, слабый.

Слѣдующіе дни t° продолжала оставаться высокой, а опухоль въ подвздошно-слѣпой области все увеличиваться.

24/vii. Сдѣлали *разрѣзъ* надъ Пупартовой связкой и послойно дошли до fascia transversa, послѣ чего сдѣланы въ опухоль три пробныхъ укола, но съ отрицательнымъ результатомъ. Черезъ разрѣзъ опухоль въ брюшной полости ясно прощупывалась, но оказалась довольно подвижной (?!). Въ виду отрицательнаго результата пробныхъ пункцій разрѣзъ послойно зашитъ 3-этажнымъ швомъ.

Послѣ операціи t° оставалась повышенной, но разрѣзъ зажилъ первичнымъ натяженіемъ. Опухоль продолжала увеличиваться, хотя и медленно. Спустя

3 недѣли (17/viii) послѣ операціи черезъ рубецъ прорвался наружу гнойникъ съ каловымъ запахомъ.

24/viii. Больная выписалась до окончанія леченія.

5-й случай (№ 28 тер.) *Марина П.*, крестьянка, замужняя. 29 лѣтъ. Поступила въ больницу 24-го февраля 1895 г. Выписалась 3-го марта.

Anamn. 9 дней тому назадъ заболѣла очень сильными и безпрерывными болями живота. Одинъ день былъ поносъ, а затѣмъ стулъ былъ черезъ каждыя трое сутокъ. Раньше запорами не страдала. Эта болѣзнь началась сразу, до ней же больная никогда не хворала и нигдѣ не лечилась. Рожала 4 раза и былъ 1 выкидышъ. Menses черезъ 4 недѣли по 5—6 дней, безболѣзнены. Теперь *9 недѣль какъ нѣтъ регулъ.*

St. praes. 24/ii. t° веч. 38,2.

25/ii. Животъ слегка вздутъ. *Въ reg. ileo-coecalis* прощупывается опухоль, не очень твердая, на ощупь болѣзненная, поднимающаяся вверхъ и имѣющая колбасообразную форму; перкуторный тонъ надъ опухолью притупленный. Животъ въ остальныхъ частяхъ безболѣзненъ. Печень немного увеличена. Со стороны дыхательныхъ органовъ и сердца никакихъ измѣненій. t° 37,6. Пульсъ хорошій, 64. Ord.: Ледъ.

26/ii. t° утр. 37,5. Пульсъ 80. При гинекологическомъ изслѣдованіи обнаруживается: retroflexio uteri, матка увеличена, плотна. Въ лѣвомъ сводѣ ощупывается нѣкоторая резистентность, *правый же сводъ свободный*. Матка немного смѣщена влѣво, зѣвъ смотритъ впередъ.—Былъ стулъ. Каловыя массы вполнѣ нормальныя. Болѣзненность опухоли незначительная. Величина ея и другія свойства по прежнему. Рвоты не было. Самочувствіе больной хорошее. Моча: уд. вѣсъ 1,018, реакція кислая, бѣлка нѣтъ. t° веч. 38,2.

27/ii. t° утр. 37,5. Пульсъ 80. Ночью слабило 4 раза совсѣмъ жидко. Больная жалуется на боли живота, особенно посрединѣ и справа. На ощупь опухоль справа почти безъ перемѣны и не очень болѣзнена. Тошнило, но рвоты не было t° веч. 37,9.

28/ii. t° утр. 37,4. Больная чувствуетъ себя лучше. Стула не было. t° веч. 37,7

1/iii. t° утр. 37,0. Пульсъ 64. Слабило 1 разъ, жидко. Боли въ животѣ нѣтъ никакой, но опухоль еще держится. Общее состояніе удовлетворительно. t° вечер. 37,0.

2/iii. t° утр. 37,1. Пульсъ 58. Стула не было. Опухоль немного меньше, безболѣзнена. t° веч. 37,1.

3/iii. t° утр. 37,0. Пульсъ 60. Былъ стулъ вполнѣ нормальный. Опухоль уменьшилась и вполнѣ безболѣзнена. Больная чувствуетъ себя прекрасно. Выписана.

6-й случай (№ 50 тер.). *Александра Гер.*, замуж., 43 лѣтъ. Поступила въ больницу 3-го іюля 1897. Выписалась 19-го іюля.

Anamn. Заболѣла 3 дня тому назадъ послѣ испуга: появился ознобъ, жаръ и схваткообразныя боли живота. Menses на 16-мъ году черезъ 4 недѣли по 4 дня, скудныя и безъ боли, послѣдніе окончились 18-го января 1897 г. *Рожала* 6 разъ; первые роды на 27-мъ году, послѣдніе—3 года тому назадъ. *Выкидышей* одинъ, двухмѣсячный, 8 лѣтъ тому назадъ.

St. praes. Больная анэмична. Языкъ обложенъ. Стула не было 3 дня. Частыя и болѣзненныя схватки. Животъ болѣзненъ въ *подвздошно-слѣпой области*. Дно матки прощупывается черезъ брюшные покровы на высотѣ пупка. Кровей нѣтъ. Per vaginam: шейка кдла, зѣвъ закрытъ. t° 38,5. Ord.: опій и ледъ.

4/VII. t° утр. 37,1. Пульсъ 76. Схватки рѣдки, но сильныя боли живота прожолжаются, верхняя часть его вздута. Стула не было. Вѣтры не отходятъ. t° веч. 37,0. Назнач. тѣже и clysma.

5/VII. t° утр. 36,8. Пульсъ 80. Видъ больной хорошій. Послѣ клизмы не слабило, вѣтры не отходятъ. Схваткообразныя боли живота продолжаются. Животъ сильно вздутъ, видны отдѣльныя петли кишекъ, но безболѣзненъ, только въ подвздошно-слѣпой области сильная чувствительность. t° веч. 37,3.

6/VII. t° утр. 36,4. Пульсъ 84. Видъ больной страдальческій, больная постоянно охаетъ вслѣдствіе частыхъ схватокъ, появляющихся періодически. Животъ вздутъ. Въ области пупка перехватъ. Болѣзненность живота всюду, но особенно въ правой подвздошной области. Вчера послѣ клизмы вѣтры отходили въ изобиліи, но испражненія не послѣдовали. Послѣ клизмы больная успокоилась и хорошо спала. Утромъ же опять начало вздувать животъ и появились схватки. t° веч. 37,7.

7/VII. t° утр. 36,5. Самочувствіе лучше. Животъ мягче и не такъ болѣзненъ. Стула послѣ клизмы не было, отошли только вѣтры. t° веч. 37,2.

Въ послѣдующемъ улучшеніе или съ каждымъ днемъ впередъ. Т° все время была низкая, пзрѣдка поднимаясь до 37,7°. Опухоль уменьшалась и ко дню выписки исчезла совершенно. Стулъ все время былъ нѣсколько задержанъ.

19/VII. Больная выписалась, какъ вполнѣ выздоровѣвшая.

Въ случаяхъ же съ *разлитымъ перитонитомъ* заболѣваніе червеобразнаго отростка распознано изъ 6 случаевъ только въ 2 (въ 7-мъ.—№ 47 хир. и 8-мъ—№ 41 хир.), да и то въ одномъ случаѣ (7-мъ) беременность была рапняя и только подозрѣвалась; въ другомъ же случаѣ (8-мъ) діагнозъ перитифлита установленъ въ первый же день поступленія больной въ больницу, но за отсутствіемъ вскрытія точнаго діагноза не имѣется, хотя всѣ данныя говорятъ за заболѣваніе червеобразнаго отростка.

Въ третьемъ случаѣ (въ случаѣ 9-мъ—№ 63 тер.) заболѣваніе червеобразнаго отростка только подозрѣвалось.

Въ остальныхъ 3-хъ случаяхъ (10-мъ—№ 18 тер., 11-мъ—№ 37 тер. и 12-мъ—№ 60 тер.), пораженіе червеобразнаго отростка об-

наружено только на вскрытіи, такъ какъ господствовали одни признаки разлитого перитонита, считавшагося здѣсь за послѣродовой.

Случаи эти слѣдующіе:

7-й случай (№ 47 хир.) *Наталья Вен.*, дѣв., крест., 21 года. Поступила въ больницу 22-го апрѣля 1897 г. *Умерла* 25-го апрѣля.

Anamn. Заболѣла въ полдень 20/IV болью въ правой половинѣ живота, рвотой и жаромъ. Стулъ былъ 21-го нормальный, но въ небольшомъ количествѣ. Вѣтры не отходятъ. Начало регулъ не помнитъ, бываютъ они черезъ 4 нед. по 3—4 дня. Въ настоящее время регулы заходили на 15 дней. Раньше ничѣмъ не болѣла, кромѣ небольшихъ болей живота при регулахъ 3 года тому назадъ.

St. praes. Больная выше средняго роста, правильнаго тѣлосложенія, съ умѣренно развитой подкожной жировой клѣтчаткой. Глаза впалые, окружены синевой. Языкъ чистъ и влаженъ. t° 38,5. Животъ умѣренно вздутъ, симметриченъ. Почти весь животъ болѣзненъ, но особенно справа вблизи sp. ant. sup. Перкуторный тонъ въ области нижней половины праваго m. recti притупленъ. Прощупать черезъ стѣнки живота ничего не удается изъ за сильнаго ихъ напряженія (подъ наркозомъ удалось прощупать уплотненіе, занимавшее область нижней половины правой прямой мышцы и наружу отъ нея, уплотненіе не поднимается до пупочной линіи пальца на 3). Подвздошная ямка вблизи sp. ant. sup. пуста. Изслѣдованіе per vaginam ничего не обнаруживаетъ, кромѣ незначительнаго увеличенія матки. Кожа надъ уплотненіемъ отечна. Моча безъ бѣлка и индикана.

23/IV произведена нами боковая лапаротомія подъ хлороформомъ (50,0). Разрѣзъ въ 15 сант. по наружному краю правой прямой мышцы, отступя 3 пальца отъ пупочной поперечной линіи внизъ до Пупартовой связки. По разрѣзѣ слоевъ брюшной стѣнки, оказавшихся внизу отечными и спаявшимися, вскрыта брюшина, также отечная и утолщенная; тотчасъ же показался густой вонючій гной. Разрѣзъ брюшины въ 10 сант. Обособленной полости не было, гной разнёсся между петлями кишекъ, спаянными между собою. Отыскать червеобразный отростокъ среди спаекъ не удалось; подъ слѣпой кишкой пальцемъ ощупывался, но неясно, какой то плотный тяжъ. При введеніи тампоновъ были разорваны спайки кишекъ внизу, откуда тотчасъ потекла гнойная жидкость въ большомъ количествѣ. Послѣ этого спайки здѣсь были еще разорваны, но введеннымъ пальцемъ опредѣлить границы полости не ведь удалось: такъ пальецъ входилъ далеко внизъ въ полость таза и также кнутри, вверху же ощупывались сращенія. Введены во всѣ стороны тампоны изъ асептической марли.

Спустя нѣсколько минутъ по прекращеніи наркотизаціи начала развиваться синюха, пульсъ участился (120) и сталъ падать. Послѣ искусственнаго дыханія синюха быстро прошла, но больная не скоро проснулась отъ наркоза.

Въ 9½ час. веч. пульсъ 106, плохого наполненія. Дыханіе весьма поверхностное и учащенное, 60. Позывы къ каплю, но больная не можетъ откашляться

вследствіе слабости и болей въ правомъ подреберьѣ. Inject. camph. каждый часъ. t° веч. 36,5.

24/IV. t° утр. 37,2. Пульсъ 136, малый; дыханіе 54, поверхностное. Больная очень слаба. Языкъ влажный и чистый. Животъ умѣренно вздутъ. Болѣзненность всего живота, но больше справа. Стула не было, вѣтры не отходятъ. t° веч. 37,0. Ord.: Opii 0,015 № 4. Inj. camph. каждый часъ. Clysma съ виномъ.

25/IV. t° утр. 36,3. Больная очень слаба и апатична. Болей въ животѣ нѣтъ, но животъ сильно вздутъ. Языкъ чистый и влажный. Клизма вызвала боли, но осталась безъ дѣйствія. Послѣ молока отрыжка. t° веч. 36,2. Вечеромъ появился холодный потъ, пульсъ исчезъ и въ 10 час. веч. наступилъ exitus.

Вскрытіе 26/IV.

Протоколъ вскрытія (прив. доц. д-ръ А. И. Моисеевъ). Стѣнки желудочковъ сердца мягки и бѣдны. Легкія полнокровны, всюду проходимы для воздуха. Селезенка нѣсного увеличена, темно-краснаго цвѣта, умѣренно разрыхлена. Печень мягкая, гипнстаго цвѣта, границы долекъ сглажены, на поверхности покрыты фибринозно-гнойнымъ экссудатомъ. Корковой слой почекъ помутнѣлъ. Брюшина розоваго цвѣта, разрыхлена, помутнѣла. Петли кишекъ рыхло склеены фибринозно-гнойнымъ экссудатомъ. Въ полости таза содержится около $^1/_2$ литра желтой гнойной жидкости. Сальникъ отвернутъ вправо, нижнимъ краемъ онъ плотно охватываетъ со всѣхъ сторонъ среднюю часть червеобразнаго отростка, образуя какъ бы футляръ его (см. рис. 26 и 27). Эта часть сальника весьма утолщена, асцидиаго цвѣта. Червеобразный отростокъ отходитъ отъ задне-нижней поверхности слѣпой кишки, которая выражена собственно своимъ наружнымъ угломъ, такъ какъ нижняя граница ея стоитъ на одномъ уровнѣ съ нижнимъ краемъ впадающей въ нее подвздошной кишки. Червеобразный отростокъ идетъ косо кнутри книзу и затѣмъ на разстояніи 4 сант. дѣлаетъ острый уголъ и поднимается вверхъ, гдѣ и прилегаетъ къ передней поверхности подвздошной кишки у мѣста впаденія ея въ слѣпую. Въ нижней половинѣ, вблизи перегиба, червеобразный отростокъ значительно вздутъ, черезъ стѣнки прощупывается здѣсь твердое тѣло, которое по вскрытіи стѣнки оказалось овальнымъ каловымъ камнемъ, въ бобъ величиной. Стѣнка отростка на этомъ мѣстѣ на значительномъ протяженіи весьма истончена, асцидино окрашена, дрябла. Coecum, нижняя часть int. ilei и col. ascend. наполнены плотными каловыми массами. Слизистая оболочка ихъ бѣдна, фолликулы асцидно окрашены. Вокругъ отверстія червеобразнаго отростка на слизистой оболочкѣ слѣпой кишки замѣтна пигментація—остатокъ бывшаго здѣсь катарра. Матка въ гусиное яйцо, конецъ шейки открытъ, полость занята плодомъ. Оболочка пузыря разорвана, водъ не содержитъ.

Diagnosis anatom. Degeneratio parenchymatosa cordis, hepatis et renum. Hyperplasia acuta lienis gradi parvi. Hyperaemia venosa pulmonum. *Peritonitis purulenta acuta diffusa.* Peritonitis adhaesiva chronica circumscripta. *Appendicitis perforativa.* Enterocolitis catarrhalis chronica. *Gravidilas* circa mensem unam, *abortus.*

8-й случай (№ 41 хир.). *Ранняя Гер.*, крест ,замуж, 34 л. Поступила въ больницу 20-го декабря 1896 года. *Умерла* 27-го декабря.

Anamn. 16-го декабря почувствовала боли въ правой половинѣ живота, а 18-го декабря была одинъ разъ рвота. Со дня заболѣванія не было стула. За 2 мѣсяца передъ тѣмъ больная перенесла подобный же припадокъ. Послѣдніе регулы были въ іюнѣ.

St. praes. Больная правильнаго сложенія и хорошаго питанія. По величинѣ матка соотвѣтствуетъ 7-му мѣсяцу беременности. *Въ правой половинѣ живота надъ Пупартовой связкой прощупывается довольно обширный плотный инфильтратъ, болѣзненный на ощупь.* Изслѣдованіе per vaginam кромѣ признаковъ беременности ничего не обнаруживаетъ. t° 38,0. Ord.: опій, ледъ и клизма.

21/XII. t° утр. 36,4. Опухоль въ подвздошно-слѣпой области также ясно опредѣляется. Больная жалуется на боли въ животѣ. t° веч. 37,5.

22/XII. t° утр. 36,9. Боли въ животѣ справа продолжаются. Величина и болѣзненность опухоли по прежнему. Стула не было. t° веч. 37,2.

23/XII. t° утр. 36,2. Стула послѣ клизмы не было. Опухоль въ подвздошно-слѣпой области увеличивается. Животъ справа очень болѣзненъ. t° веч. 37,5.

24/XII. t° утр. 37,3. Стула послѣ клизмы не было. Боли въ животѣ все усиливаются. Опухоль увеличивается, но отъ предложенной операціи больная отказывается. t° веч. 37,4.

25/XII. t° утр. 37,0. Стула не было. Болѣзненность живота по прежнему. t° веч. 37,6.

26/XII. t° утр. 37,0. Клизма безъ дѣйствія. Инфильтратъ увеличивается. t° веч. 37,5.

27/XII. t° утр. 36,2. У больной въ 3 ч. ночи появились сильныя схваткообразныя боли живота. Утромъ сильный ціанозъ. Пульсъ нитевидный, не считается. Животъ очень болѣзненъ на ощупь. Больная сама проситъ сдѣлать ей операцію. Подъ мѣстной анэстезіей кокаиномъ сдѣланъ (И. В. Зельдовичемъ) разрѣзъ вдоль Пупартовой связки и продолженъ высоко вверхъ. По разрѣзѣ брюшины изъ брюшной полости вытекло большое количество гнойной вонючей жидкости. Между петлями кишекъ обширныя сращенія, среди которыхъ въ одномъ мѣстѣ большое скопленіе гноя. Во всѣ стороны брюшной полости введены асептическіе тампоны, поверхъ—асептическая повязка.

Больная слаба, безъ пульса.

t° въ 5 час. веч. 37,0°.

Въ $11^1/_2$ ч. в. *Exitus.*

Вскрытія не было.

9-й случай (№ 63 тер.), *Марія Коп.*, крест. замуж. 23 л. Поступила въ больницу 6-го сентября 1898 г. *Умерла* 15-го сентября.

Anamn. Заболѣла 24-го августа внезапно рвотою, рѣзью въ животѣ и поносами. Беременна на 8-мъ мѣсяцѣ. Рожала 2 раза.

St. praes. Больная правильнаго тѣлосложенія и хорошого питанія. Насморкъ. Herpes nasalis. Языкъ сильно обложенъ. Легкія свободны. Сердце въ границахъ, первый тонъ на верхушкѣ че вполнѣ чистъ. Селезенка перкуторно увеличена. *Сильная болѣзненость въ области печени.* Перкуторный тонъ притупленъ отъ печени до беременной матки. Слышны тоны сердца плода слѣва отъ l. alba t° 39,8. Ord.: опій, компрессъ на животъ.

7/IX. t° утр. 36,7. Пульсъ 92. Языкъ обложенъ. Сильно вспотѣла. Былъ 2 раза нормальный стулъ. *Боли въ области печени продолжаются.* t° веч. 38,8.

8/IX. t° утр. 38,8 въ 11 ч. 39,9. Пульсъ 132. Сильный ознобъ. Слабило нѣсколько разъ жидко. Боли въ лѣвомъ боку. t° веч. 37,1.

9/IX. t° утр. 38,0. Пульсъ 96. Слабило жидко 3 раза. Языкъ обложенъ. Легкія свободны. *Боль въ области печени* и въ epigastrium продолжается. Въ 7 ч. в. начались схватки: въ 1 ч. 10 м. вскрыли пузырь, а въ 4 ч. утра 10/IX родился *живой младенецъ*, недоношенный. Послѣдъ въ 4 ч. 20 м. утра. t° веч. 39,3.

10/IX. t° утр. 37,8. Пульсъ 76. Слабило нѣсколько разъ жидко. Языкъ немного обложенъ. Озноба не было. Матка сильно сокращена и область ея на ощупь очень болѣзнена. Животъ въ *области слѣпой кишки болѣзненъ.* t° веч. 38,0.

11/IX. t° утр. 37,0. Пульсъ 72. Стула не было. Языкъ мало обложенъ. Жалуется на боли въ животѣ. Животъ вздутъ, при ощупываніи очень болѣзненъ. t° веч. 36,5.

12/XI. t° утр. 38,0. Пульсъ 80. Стула не было. На легкихъ справа, сзади, внизу притупленіе, fremitus pectoralis усиленъ, дыханіе ослабленное, неопредѣленное. Больная жалуется на сильную боль въ области матки. Per vag.: Endomertitis puerperalis. Удалены пальцемъ изъ зѣва уже вонючіе свертки крови и остатки оболочекъ. Внутренній маточный зѣвъ сильно сокращенъ, такъ что палецъ не проникаетъ въ полость матки. t° веч. 39,0.

13/IX. t° утр. 39,8. Пульсъ 128. Дыханіе 40. Стулъ былъ жидкій. Выдѣленія серозныя, окрашенныя, безъ запаха. Животъ слегка вздутъ, болѣзненность меньше. Дно матки на уровнѣ пупка. t° веч. 39,6.

14/IX. r° утр. 38.9. Пульсъ 116. Языкъ обложенъ. Выдѣленія кровянисты. Дно матки на уровнѣ пупка. Матка чувствительна. Животъ слегка вздутъ и почти неболѣзненъ. Кашляетъ немного, мокроты нѣтъ. Сзади внизу справа до угла лопатки притупленіе, хриповъ нѣтъ; дыханіе немного ослаблено. t° веч. 38,9. Ord.: Secale cornut.; camph. Ледъ. Спринцеваніе.

15/IX. t° утр. 37,2. Пульсъ 152. Дыханіе 60. Съ больной произошла рѣзкая перемѣна. Она въ полубезсознательномъ состояніи, стонетъ, кричитъ, на вопросы не отвѣчаетъ. Животъ болѣе вздутъ и болѣзненъ; при ощупываніи его больная стонетъ. Выдѣленія грязныя, въ среднемъ количествѣ. Изрѣдка кашель.

Въ 1 ч. 55 м. дня—*exitus.*

Вскрытіе 16/IX.

Протоколъ вскрытія (прив. доц. д-ръ А. И. Моисеевъ): Правый сводъ діафрагмы значительно поднятъ вверхъ. Нижняя доля праваго легкаго мала, полнокровна, содержитъ мало воздуха; на разрѣзѣ мясиста, темно-краснаго цвѣта, освобождаетъ кровянистую жидкость, содержащую незначительное количество пузырьковъ газа. Въ полости живота находится огромное количество гноевидной сѣрой жидкости. Печень значительно увеличена, пронизана многочисленными гнойниками величиною отъ горошины до куринаго яйца. *Vena portae* закрыта полуобезцвѣченнымъ тромбомъ, въ центрѣ гноевидно-размягченнымъ. Петли тонкихъ кишекъ и правая широкая связка срощены въ окружности слѣпой кишки со стѣнками живота волокнистыми, легко разрываемыми перемычками; ограниченная такимъ образомъ въ окружности слѣпой кишки полость, величиною въ кулакъ, наполнена сѣро-грязною гнойною жидкостью. Proc. vermiformis проходимъ, въ верхней половинѣ стѣнки его снаружи изъѣдены, покрыты аспиднаго цвѣта язвами, мѣстами до исчезанія muscularis. Слизистая оболочка блѣдна, содержитъ звѣздчатые рубцы съ аспидными краями; прободенія стѣнокъ не найдено. Матка величиною въ голову новорожденнаго ребенка, въ верхней половинѣ наполнена кровяными свертками, мѣстами плотно приставшими; въ нижнемъ отдѣлѣ на внутренней поверхности покрыта черноватою, грязною жидкостью; вездѣ обнажена отъ слизистой оболочки. Сосуды и связки свободны. Corpus luteum verum въ лѣвомъ яичникѣ.

Diagnosis anatomica. Degeneratio adiposa cordis. Splenisatio pulmonis dext. Hyperplasia acuta lienis. Abscessus multipl. hepatis. Trombosis venae portae. Peritonitis purulenta acuta diffusa. Appendicitis chronica ulcerosa. Perityphlitis purulenta. Uterus post partum.

10-ый случай (№ 18 тер.) *Марія Кут.*, крест., дѣв., 20 лѣтъ. Поступила въ больницу 12 апрѣля 1893 г., *умерла* 17-го апрѣля.

Anamn. Захворала внезапно 9-го апрѣля тошнотой, болью внизу живота и въ поясницѣ. Съ 10-го апр. задержанъ стулъ. Съ 12-го появилась рвота. Menses на 13-мъ году, по 6 дней черезъ 4 недѣли, довольно обильныя и болѣзненныя; послѣднія въ первой половинѣ февраля. Не рожала и не выкидывала.

St. praes. Больная средняго роста и удовлетворительнаго сложенія и питанія. Въ легкихъ ничего ненормальнаго не обнаруживается. Тоны сердца учащены, но слышны оба. Весь животъ сильно вздутъ и очень болѣзненъ. Тошнота и частая икота. Послѣ пріема порошка опія вырвало. Per vaginam: *весь правый сводъ* выпяченъ эластичной опухолью, заходящей спереди и сзади и оттѣсняющій матку взадъ и налѣво. t° 36,8. Пульсъ 104. Ord.: опій и ледъ.

13/IV. t° утр. 37,0. Пульсъ 98. Языкъ влажный. Общее состояніе больной плохое. Частая икота. Животъ сильно вздутъ. Per vaginam: напряженіе въ переднемъ сводѣ рѣзко увеличено, особенно справа. Отгуа не было. t° вет. 37,3. Пульсъ 100. Дых. 24. Вечеромъ послѣ пріема ol. ricini вырвало. Послѣ высокой клизмы немного прослабило.

14/IV. t° 37,0. Утромъ послѣ простой клизмы былъ 2 раза стулъ.

Послѣ обычнаго приготовленія операціоннаго поля приступлено къ пробной запаротоміи въ *Trendelenburg*'овскомъ положеніи. Разрѣзъ брюшной стѣнки по срединной линіи между пупкомъ и лобкомъ. Два предварительныхъ шва на брюшину. Для болѣе удобнаго осмотра кишекъ разрѣзъ продолженъ выше пупка. Пристѣночная брюшина и серозный покровъ интестинорумъ. Петли кишекъ мѣстами склеены, преимущественно справа, гдѣ были довольно толстыя фибринозныя склейки; склейки разорваны и фибринъ удаленъ. Слѣпая кишка измѣненій не представляетъ. По осмотрѣ всѣхъ кишекъ причинъ перитонита не найдено. Матка 3-хъмѣсячной беременности, придатки не воспалены, трубы нормальны, только правый яичникъ былъ сращенъ фибринозными склейками съ петлями тонкихъ кишекъ. Брюшная рана закрыта глубокими и поверхностными швами.

Въ началѣ операціи у больной былъ очень глубокій припадокъ асфиксіи. Послѣ операціи пульсъ 102. t° въ 3 ч. д. 36,5. t° въ 6 ч. веч. 36,4. Пульсъ 114. Дых. 24. Языкъ суховатъ. Самочувствіе довольно хорошее. Тошнота и икота, но рвоты нѣтъ. Животъ довольно мягкій и болѣзненный. Мочится сама. Не спитъ. Жалуется на помощи боли по всему животу (боли меньше, чѣмъ до операціи). Тошнота и икота, но рвоты нѣтъ. Животъ sub scrobiculum cordis умѣренно вздутъ, но болѣзненности при ощупываніи нѣтъ. Ord.: Opii puri 0,015 4 раза. Ледъ на животъ.

15/IV. t° утр. 36,9. Пульсъ 124. Дых. 30. Языкъ влажнѣе, чѣмъ вчера. Икота рѣже, тошноты нѣтъ. Боли въ животѣ небольшія. Животъ порядочно вздутъ sub scrobiculum, но безболѣзненъ. Пила бульонъ и молоко. t° въ 3 ч. дня 37,0. t° въ 6 ч. веч. 36,8. Пульсъ 144. Дых. 30. Отрыжка и икота, вѣтры не отходятъ. Область sub scrobiculum безболѣзненна но вздута еще болѣе, чѣмъ утромъ. Боли въ животѣ нарѣдка. t° въ 12 ч. 36,0. Пульсъ 120. Дых. 24. Послѣ клизмы прослабило очень мало. Больная постоянно срыгиваетъ грязную жидкость. Животъ сильно вздутъ. Въ прямую кишку вставлена дренажная трубка.

16/IV. t° утр. 35,8. Пульсъ 118. Дых. 20. Языкъ суховатъ. Въ 12 ч. почи тошнило и рвало. Сегодня утромъ отходили вѣтры, такъ что вздутіе живота уменьшилось. Изъ половой щели торчитъ кровяной сгустокъ. Схватокъ и болей въ поясницѣ нѣтъ. Въ 11 ч. утра вышелъ плодъ мужскаго пола, длиною въ 15 стм., сильно мацерированный. Послѣдъ и оболочки торчали въ рукавѣ. Послѣ предварительнаго спринцеванія полости матки 2%-нымъ растворомъ карболовой кислоты, сдѣлано острой ложкой abrasio. Полость матки и рукавъ затампонированы іодоформной марлей. Въ 12 ч. дня поставлена клизма, но прослабило очень мало, а также очень мало отошло вѣтровъ. t° въ 3 ч. дня 36,0. t° въ 6 ч. веч. 36,5. Пульсъ 130. Дых. 30. Языкъ сухой. Вздутіе живота увеличилось, но рвота рѣже. Отдѣленія изъ рукава черезъ тампонъ нѣтъ. t° въ 9 ч. веч. 37,0. Пульсъ не прощупывается. Больная въ состояніи, близкомъ къ агоніи. Въ 12½ ч. почи *Exitus*.

18/IV. Вскрытіе.

Diagn. anatom. Degeneratio parenchym. musculi cordis. Hyperaemia pulmonum. Hyperplasia acuta lienis. Degeneratio adiposa hepatis. Haemorrhagiae mucosae ventriculi. Enteritis diphtheritica circumscripta. Appendicitis ulcerosa cum perforatione. Peritonitis fibrinosa perforativa. Perimetritis chronica adhaesiva partialis. Uterus post abortum IV m. gravidit.

11-ый случай (№ 37 тер.). *Аграфена Бог.*, крест., дѣв., 19 лѣтъ. Поступила въ больницу въ ночь на 7-ое іюня 1896 г. *Умерла* 9-го іюня.

Anamn. Заболѣла 4-го іюня жаромъ, ознобомъ, съ послѣдовательнымъ потомъ, болью внизу живота справа. Стулъ задержанъ. Menses: на 16-мъ году, черезъ мѣсяцъ по 7 дней, обильныя, безъ болей, послѣднія *въ октябрѣ* 1895 г. Не выкидывала и не рожала.

St. praes. Животъ слегка напряженъ и немного болѣзненъ. Дно матки стоитъ на 1 поперечный палецъ выше пупка, ощупываніе матки вызываетъ сокращеніе; сердцебіеніе плода не прослушивается. Per vaginam: шейка сглажена; зѣвъ слегка прикрытъ; повидимому, предлежитъ крупная часть. Больная жалуется на боли живота, особенно справа. Общее состояніе тяжелое. t° 37,8. Ord.: камфора.

8/VI. t° утр. 37,7. Пульсъ 88. Больная жалуется на схваткообразныя боли живота. Животъ немного болѣзненъ. Стула не было. Шейка сглажена, открытіе около ½ пальца; предлежащая часть вколочена во входъ. t° въ 5 ч. веч. 38,0. Пульсъ 132—трудно считается.

Въ 12 ч. ночи частыя схватки. Больная переведена въ родильно. Весь животъ очень вздутъ и чувствителенъ. Постоянно слабитъ. Per vaginam: зѣвъ открытъ на три пальца, края его тонкіе, пузырь напряженъ. Въ 1 ч. 50 м. ночи родился ребенокъ женскаго пола, мертвый и недоношенный, вѣсомъ 1550,0. Послѣдъ не выходилъ до 2 ч. 40 м. Credé примѣнить нельзя было изъ за сильнаго вздутія кишечника; введенъ палецъ въ рукавъ, въ зѣвѣ торчалъ послѣдъ, онъ легко выведенъ. Полость матки промыта 2%-нымъ раств. карб. кисл. Больная очень слаба, покрыта потомъ. Животъ сильно вздутъ и болѣзненъ. Пульсъ малый, очень скорый, трудно сосчитывается. Послѣ переведенія въ палату больная говорила, жаловалась на боль въ правомъ боку, сходила на горшокъ—вскорѣ, однако, сразу почувствовала себя дурно, открылась сильная рвота—утомъ и носомъ и тутъ же больная *скончалась* въ 3 ч. 20 м. утра.

10/I. Вскрытіе.

Diagn. anat. Degener. parench. musc. cordis. Oedema pulmonum. Degener. adiposa hepatis. Hyperaemia et degener. parenchym. renum. Uterus post partum. Oophoritis dextra purulenta, Enteritis. Ulcus perforat. proc. vermicularis. Perityphlitis. Peritonitis purulenta.

12-ый случай. (№ 60 тер.) *Прасковья Ан.*, крест., замужн., 30 лѣтъ. Поступила въ больницу 13 іюня 1898 г. Умерла 20 іюня.

Anamn. Заболѣла 3-го дня: внезапно появились боли внизу живота, распространившіяся постепенно на весь животъ. Вчера и сегодня рвало по 1 разу. На низъ было вчера 2 раза, жидковато, сегодня стула не было. Мочеиспусканіе съ сильною рѣзью. Menses: На 16-мъ году, черезъ 4 нед. по 7 дней. *Рожала* 6 разъ. Первые роды были на 20-мъ году. Выкидывала 1 разъ, 6 лѣтъ тому назадъ. *Послѣдніе роды* 8 *недѣль* тому назадъ. 6 недѣль послѣ родовъ держались кровянистыя выдѣленія, появившіяся сегодня вновь.

St. praes. Больная умѣреннаго питанія и сложенія; жалуется на сильную боль въ животѣ. Языкъ сухой, обложенъ бѣлымъ налетомъ; тошноты нѣтъ. Животъ немного вздутъ, симметричный, порядочно болѣзненъ внизу по срединѣ и справа. t° 38,9. Пульсъ 104. Ord.: опій и ледъ.

14/VI. t° утр. 38,4. P. 121. Боли живота продолжаются. Стула нѣтъ 2-й день. Per vag.: контуры матки трудно опредѣляются. Со стороны праваго свода прощупывается инфильтратъ, а также прощупывается инфильтратъ высоко и черезъ лѣвый сводъ. t° веч. 37,7.

15/VI. t° утр. 36,9. Пульсъ 104. Сильныя боли всего живота продолжаются. Вчера неоднократно рвало. Сегодня вырвало 1 разъ. Икота. t° веч. 38,0.

16/VI. t° утр 36,9. Пульсъ 108, слабый. Вздутіе живота значительное, болѣзненность же меньше. Частая икота. Холодный потъ. Зрачки съужены, не реагируютъ. t° веч. 37,0. Пульсъ 120.

17/VI. t° 37,7. Пульсъ 116, малый. Съуженіе зрачковъ прошло. Больная апатична и очень слаба. Конечности холодны, на лицѣ капли пота. Языкъ обложенъ, но влажный. Съ 1 ч. дня рвота. Животъ крайне вздутъ, особенно болѣзненъ *въ правой подвздошной области*. t° веч. 36,9. Пульсъ 120.

18/VI. t° утр. 37,2. Пульсъ 108, слабый. Сегодня рвоты нѣтъ, въ остальномъ безъ перемѣны. t° веч. 38,1. Inject. camph. черезъ 2 часа.

19/VI. t° утр. 36,6. Пульсъ 88. Рвоты не было; не мочилась. Состояніе сопорозное. Животъ сильно вздутъ и болѣзненъ внизу, особенно *справа*. t° веч. 37,3. Пульсъ 90.

20/VI. Въ 5 ч. утра exitus.

Частичное вскрытіе 21/VI.

Протоколъ вскрытія. Въ полости живота содержится значительное количество гнойной жидкости грязносѣраго цвѣта; processus vermiformis чернаго цвѣта, на срединѣ содержитъ нѣсколько прободеній стѣнки каждое величиною въ вин-

невую косточку съ неровными краями грязно-сѣраго цвѣта. Просвѣтъ отростка, выполненный мелкими каловыми шариками, свободно сообщается съ кишкой. Слизистая кишекъ безъ особыхъ измѣненій. Матка величиною въ гусиное яйцо, стѣнки ея утолщены, полость расширена; слизистая оболочка зернистая, покрыта кровянистою жидкостью. Corpus luteum verum находится въ правомъ яичникѣ. Сосуды широкихъ связокъ свободны.

Diagnosis anatomica: Peritonitis purulenta acuta diffusa. Appendicitis perforativa. Uterus post partum.

Вліяніе перитифлита на теченіе беременности и послѣродоваго періода весьма неблагопріятное; нѣкоторые авторы (Fowler, Hlawacek [1]), Abrahams [2]) и др.) полагали даже, что перитифлитъ у беременныхъ неукоснительно ведетъ къ прекращенію беременности и къ смертельному исходу.

Ближайшее изслѣдованіе этого вопроса показываетъ, однако, что этотъ страхъ преувеличенъ.

Такъ, изъ нашихъ 12 больныхъ умерла только *половина* (50%); изъ нихъ у 9 больныхъ перитифлитъ присоединился въ теченіе беременности и изъ этихъ больныхъ умерло 5 человѣкъ (55%), у остальныхъ же 3 больныхъ перитифлитъ присоединился уже въ послѣродовомъ періодѣ, изъ нихъ умерла только *одна* больная.

Изъ 6 больныхъ, *подвергшихся операціи* (случаи 1, 2, 3, 4, 7 и 8) умерло двѣ больныхъ (33,3%), имѣвшихъ до операціи разлитой перитонитъ.

Изъ 5 неоперированныхъ больныхъ умерло трое (60%), также отъ разлитого перитонита.

Изъ 9 *беременныхъ* больныхъ присоединеніе перитифлита вызвало *преждевременные роды или выкидышъ* у 4 больныхъ (случаи 7, 9, 10 и 11), т. е. въ 44,4%; въ 1 случаѣ (случ. 4) осталось невыясненнымъ, произошли ли роды въ срокъ или преждевременно; у остальныхъ 4 больныхъ *беременность продолжалась нечарушимо*, изъ нихъ одна больная умерла безъ перерыва беременности.

Изъ 4 больныхъ умершихъ послѣ предшествовавшаго прекращенія беременности, у одной была беременность на 1-мъ мѣс., у другой на 4-мъ мѣс. у третьей родился *мертвый* ребенокъ на 9-мъ мѣс. и у четвертой (случ. 9-й)—живой на 8-мъ мѣсяцѣ.

[1]) Hlawacek. Ueber Komplicationen von Schwangerschaft und Geburt etc.—Monatsschrift für Geb. u. Gynäk. Bd. VI. 1897.

[2]) Abrahams.—Appendicitis complicating pregnancy.—Amer. Journ. of Obst. v. XXXV. 1897.

Для *дѣтей* перитифлитъ повлекъ смерть ихъ только въ 4 случ. (44,4%), для матерей, какъ сказано, въ 5 случ. (55%).

По даннымъ Vinay [1]) процентныя отношенія даже меньше нашихъ, такъ, по его даннымъ смертность наблюдается только въ 30%; *выкидышъ* или *преждевременные роды* только въ 40%.

У Pinard'a [2]) также на 45 собранныхъ имъ случаевъ изъ литературы *смерть* матери послѣдовала только въ 12 случ. (т. е. въ 26,6%) и смерть дѣтей въ 13 случ.—въ 28,8%. Въ 30 случаяхъ была *произведена операція* съ 10 смертельными исходами для матерей (33%) и 11 для дѣтей (36%); *изъ 15 же неоперированныхъ* случаевъ окончилось смертью матерей, а также дѣтей 2 случая (13%).

Смерть у беременныхъ наступаетъ отъ общаго перитонита и обыкновенно *въ предшествіи выкидыша или преждевременныхъ родовъ*. Изъ нашихъ умершихъ только одна больная (случ. 8, № 41 хир.) скончалась безъ предшествовавшаго выкидыша.

Взаимно неблагопріятное сочетаніе заболѣванія червеобразнаго отростка и беременности—понятно:

Беременная матка въ своемъ ростѣ оказываетъ постоянное вліяніе механическаго раздраженія на воспалительные фокусы, находящіеся ли въ самомъ червеобразномъ отросткѣ, или въ его окружности, что ведетъ къ обострѣнію воспалительнаго процесса. Послѣдній въ свою очередь или путемъ общаго болѣзненнаго состоянія организма, или непосредственной передачей инфекціи на матку вліяетъ на теченіе беременности и вызываетъ прекращеніе ея.

Родовой же актъ съ быстрымъ уменьшеніемъ объема матки и, стало быть, съ значительнымъ механическимъ нарушеніемъ изолированности воспалительныхъ очаговъ въ ея сосѣдствѣ, еще менѣе можетъ пройти безнаказанно. Конечно, такія грубыя разрушенія, какъ напр. сообщилъ Stumpf [3]) еще въ 30-хъ годахъ въ одномъ случаѣ, гдѣ сокращеніе матки во время родовъ вызвало разрывъ слѣпой кишки съ изліяніемъ кала въ брюшную полость, относятся къ рѣдкимъ курьезамъ. Болѣе поучителенъ, но также относится къ рѣдкостямъ, случай Korn'a [4]), гдѣ за преждевременными родами, наступилъ общій перитонитъ вслѣдствіе прободенія червеобразнаго отростка, приросшаго къ маткѣ и сильно вытянутаго въ длину сократившейся маткой. Обыкновенно же, при родовомъ актѣ происходитъ разрывъ *склеекъ*, изолирующихъ перитифлитическій гнойникъ отъ здоровой брюшной полости и часто представляющихъ собою, особенно въ свѣжемъ состояніи, очень некрѣпкія образованія.

Беременность и послѣродовой періодъ вслѣдствіе сопровождающихъ ихъ *запоровъ* могутъ играть, по мнѣнію E. Fränkel'a [1]), Fieux [2]) и др., и *этіологическую* роль въ развитіи перитифлитовъ; поэтому названные авторы совѣтуютъ слѣдить у беременныхъ и родильницъ за *кишечникомъ* въ такой же степени, какъ слѣдятъ у нихъ *за почками*.

Развитію же *диффузнаго перитонита* вслѣдъ за прободеніемъ червеобразнаго отростка или перитифлитическаго гнойника способствуетъ также *полнокровіе* брюшины у беременныхъ (Hlawacek).

Что инфекція, возникая *первично* въ червеобразномъ отросткѣ, передается затѣмъ на матку, именно на дѣтское мѣсто и вызываетъ выкидышъ и *вторичную послѣродовую инфекцію, показываетъ* изученіе относящихся сюда случаевъ.

Такъ, въ 9-мъ нашемъ случаѣ патолого-анатомическія измѣненія: какъ-то тромбофлебиты и абсцессы печени, проявлявшіеся и клинически за нѣсколько дней до преждевременныхъ родовъ, указываютъ на *болѣе давній* процессъ въ червеобразномъ отросткѣ, вызвавшій общій перитонитъ и *вторично* уже зараженіе дѣтскаго мѣста, что доказывается также рожденіемъ *живого ребенка*, ибо иначе при *первичномъ зараженіи* дѣтскаго мѣста, надо бы принять начало зараженія за 12 дней до родовъ; столь же долгій промежутокъ ставитъ внѣ всякаго вѣроятія, чтобы ребенокъ оставался живымъ такъ долго при зараженномъ дѣтскомъ мѣстѣ.

Въ 7-мъ случаѣ выкидышъ произошелъ только въ послѣдній день до смерти, уже послѣ нѣсколькихъ дней общаго перитонита, стало быть и здѣсь инфекціонный процессъ, распространившись ранѣе по брюшной полости, проникъ затѣмъ въ дѣтское мѣсто.

Въ 10-мъ случаѣ выкидышъ также послѣдовалъ за день до смерти послѣ 8-дневной болѣзни и 4-хъ дневнаго несомнѣннаго перитонита.

Въ 4-мъ и 11-мъ случаяхъ зараженіе дѣтскаго мѣста, также, вѣроятно, *вторичное*.

[1]) Vinay, Ch.—De l'appendicite au cours de la grossesse et dans les suites de couches.—Lyon méd. № 1. 1898.

[2]) Pinard.—De l'appendicite dans ses rapports avec la puerpéralité.—Ann. de gynéc. Mai. 1898.

[3]) Stumpf.— Aus den militär. med. Berichten. Med. Ztg. v. V. f. H. in Preussen. 1836. Прив. у P. Müller'a Handb. der Geburtshülfe. II. B. 1889.

[4]) Korn.—Centralbl. für Gynäkol. p. 444. 1885.

[1]) Fränkel. Die Appendicitis in ihren Beziehungen zur Geburtshülfe und Gynäk.—Samml. klin. Vortr. №29. 1898.

[2]) Fieux. Revue mensuelle de gynéc., obstétr. et pédiatric. 1899.

Что *та же самая инфекція* изъ перитифлитическаго очага переда-
ется на беременную матку и ея содержимое, показываютъ и бак-
теріологическія изслѣдованія. Такъ Pinard наблюдалъ случай вос-
паленія червеобразнаго отростка у беременной на 7-мъ мѣсяцѣ. Послѣ
операціи тотчасъ начались роды. Въ сосудахъ *пуповины* Pinard
нашелъ чистую разводку *bacterium coli com.*, каковой микробъ, несо-
мнѣнно, проникъ въ пуповину *вторично* изъ перитифлитическаго очага.

Путь заражения дѣтскаго мѣста троякій:

Во 1-хъ, *черезъ брюшину*, при развитіи общаго перитонита,
какъ напр. въ нашихъ вышеописанныхъ случаяхъ (9-мъ, 7-мъ, и
др.) и какъ это доказалъ Oppenheimer [1]) на случаѣ, гдѣ, по-
добно нашему 9-му случаю, въ теченіе перитонита родился *живой*
ребенокъ и затѣмъ уже послѣдовало заражение дѣтскаго мѣста. Во
2-хъ, черезъ посредство *lig. appendiculo-ovaricum*, которое несетъ
отъ широкой связки къ брыжжейкѣ червеобразнаго отростка лим-
фатическіе сосуды и даже кровеносные. Въ 3-хъ, черезъ посредство
сращеній между перитифлитическимъ очагомъ, какъ это принимаетъ
Barnsby, Pozzi, Duehrssen и др.

Рѣже бываетъ заражение червеобразнаго отростка *вторичнымъ*
отъ послѣродовой инфекціи. Такъ, Vinay приводитъ всего только
2 случая, гдѣ воспаление червеобразнаго отростка можно было при-
нять за *вторичное*, исходящее изъ матки: въ 1-мъ случаѣ перити-
тифлитъ былъ послѣдствіемъ послѣродовой инфекціи и во 2-мъ слу-
чаѣ—послѣ геморрагическаго послѣродового метрита.

Изъ *нашихъ* случаевъ мы можемъ принять за вторичный пери-
тифлитъ только *одинъ* случай (1-ый—№ 57 хир.), гдѣ явленія
перитифлита наступили черезъ день послѣ выскабливанія *инфици-
рованныхъ* околоплодныхъ оболочекъ.

Въ послѣднее время появились многія наблюденія (Rendu [2]),
Brissaud [3]), Talamon [4]), Nothnagel [5]), Schaumann [6]),

[1]) Oppenheimer.—Deutsche med. Wochenschrift. № 8. 1891.
[2]) Rendu. De la difficulté du diagnostic de l'appendicite chez les hystériques. Soc. méd. des hôp. 19 mars. 1897.
Его же. Péritonisme et appendicite.—La méd. mod. № 51. 1898
[3]) Brissaud. Appendicite fantôme.- Soc. méd. des hôp. 19 mars. 1897.
[4]) Talamon. Appendicite et péritonisme hystérique.—Soc. méd. des hôp. 26 mars. 1897.
[5]) Nothnagel. Pseudoperityphlitis.—Wiener klinische Wochenschrift. 13 April 1899.
[6]) Schaumann Os. Sind irgend welche genetischen Beziehungen zwischen den allg. Neurosen und Appendicitis denkbar. -Deutsche medic. Wochenschrift. № 44. 1900.

Levilain [1]), Morris [2]), Condamin et Verron [3]), Londet et
Monod [4]) и др.), описывающія у *истеричекъ* и вообще у лицъ,
страдающихъ общею *нервозностью*, признаки, столь близкіе къ пе-
ритифлитическимъ симптомамъ, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ при-
нуждены были прибѣгать даже къ операціямъ.

Такъ, Rendu приводитъ 2 случая, гдѣ у истеричекъ были на-
столько выраженные симптомы тяжелаго перитифлита, что при-
нуждены были произвести лапаротомію, на которой обнаружилось,
что измѣненія червеобразнаго отростка были столь незначительны,
что ими нельзя было объяснить клиническихъ симптомовъ. Въ
одномъ же случаѣ вскорѣ послѣ операціи развились характерныя
истерическія явленія—какъ напр. истерическія параплегія и анэс-
тезія.

Brissaud также приводитъ случай, гдѣ у истерички имѣлись
всѣ признаки острого аппендицита.

Talamon описываетъ 3 случая, гдѣ имѣлись всѣ признаки ап-
пендицита и въ одномъ изъ нихъ была произведена даже операція,
но аппендицита не оказалось. Talamon различаетъ 2 категоріи
pseudo-appendicite hystérique:

1. Случаи, гдѣ имѣется одна только истерія безъ всякаго по-
раженія червеобразнаго отростка; этотъ видъ pseudo-appendicite
hystérique принимаетъ сходство съ простыми аппендикулярными
коликами (simple colique appendiculaire) или сходство съ аппен-
дицитомъ съ ограниченнымъ перитонитомъ при сокращеніи правыхъ
брюшныхъ мышцъ.

Во 2-ой категоріи истерія усиливаетъ симптомы легкаго ап-
пендицита и симулируетъ здѣсь прободеніе: это случаи аппенди-
цитовъ съ истерическимъ перитонизмомъ (avec péritonisme hystérique);
у женщинъ подобные случаи, будто-бы, часты.

Nothnagel описываетъ случай, названный имъ *ложнымъ исте-
рическимъ перитифлитомъ (Pseudoperityphlitis hysterica)*, гдѣ всѣ
клиническія явленія давали указанія на заболѣваніе червеобразнаго
отростка, операція же показала, что червеобразный отростокъ здо-
ровъ. Послѣ операціи прежнія болѣзненныя явленія возвратились;

[1]) Levilain.—L'indépendence méd. № 3. 1898.
[2]) Morris. Appendicitis erroneously diagnosed. N. Y. Med. Journ. April 8 th. 1899.
[3]) Condamin et Verron. Contribution à l'étude des pseudo-appendicites. Arch. prov. de chir. T. IX. 1900.
[4]) Londet Monod. Gaz. hébd. de méd et de chir. 28 févr. 1901.

мѣстное же электрическое леченіе дало удовлетворительные результаты.

У Morris'a также послѣ пробной операціи, обнаружившей здоровый червеобразный отростокъ, припадки исчезли.

Въ случаѣ Londe et Monod явленія были настолько грозны, что пришлось прибѣгнуть къ операціи, однако, червеобразный отростокъ оказался здоровымъ.

Весьма интересный случай описываютъ Glautenay [1]), Berthier et Miliau [2]), давшіе описываемому заболѣванію наименованіе, сходное съ предложеннымъ Nothnagel'емъ (но раньше его) *Pseudo-appendicite nerveuse.*—Случай этотъ слѣдующій:

Больной 21 года, сынъ алкоголика, страдаетъ эпилепсіей. Поступилъ въ больницу съ признаками перитифлита, потребовавшаго оперативнаго вмѣшательства; на операціи, однако, червеобразный отростокъ оказался нормальнымъ по наружному виду и поэтому не былъ удаленъ. Поставленъ діагнозъ pseudoappendicite nerveuse. Въ томъ же году изъ за рецидивовъ больному вновь была произведена лапаротомія съ удаленіемъ червеобразнаго отростка, который съ внѣшней стороны былъ по прежнему мало измѣненъ, но на поперечномъ разрѣзѣ обнаружилась полная его облитерація. На основаніи послѣдняго измѣненія червеобразнаго отростка Glautenay полагаетъ, что діагнозъ pseudoappendicite nerveuse былъ невѣренъ, а что здѣсь существовало органическое пораженіе, приведшее къ облитераціи.

Черезъ мѣсяцъ тотъ же больной попалъ подъ наблюденіе Berhtier и Miliau.—Больной пришелъ въ амбулаторію для удаленія зуба, какъ внезапно узналъ на полѣ и почувствовалъ сильнѣйшія боли въ правой подвздошной области и затѣмъ присоединились другіе признаки аппендицита, а кромѣ того и другіе нервные признаки, какъ то боли 12-межреберного нерва, hemianaesthesia sinistra, hemihyperaesthesia dextra, сужеиіе поля зрѣнія съ обѣихъ сторонъ. Больного рѣшено было лечить внушеніемъ: ему дали 0,05 метиленовой синьки и увѣрили, что онъ выздоровѣетъ, какъ только моча его окрасится въ синій цвѣтъ. Спустя 2 часа моча уже стала окрашиваться и больной сталъ чувствовать быстрое улучшеніе до полнаго выздоровленія.

На основаніи этихъ наблюденій Berthier и Miliau, въ противоположность мнѣнію Glautenay, настаиваютъ, что у этого больного былъ настоящій *psendoappendicite nerveuse.*

Не надо, однако, забывать, что заболѣванія червеобразнаго отростка при нераспознанномъ діагнозѣ и при безрезультатномъ леченіи весьма часто порождаютъ въ свою очередь истерію и оперативное вмѣшательство въ такихъ случаяхъ приносить выздоровленіе не благодаря предполагаемому психическому внушенію, но благодаря удаленію дѣйствительной причины болѣзненныхъ явленій.

Такъ, напр., Hayem [1]) приводитъ одинъ случай, гдѣ у 46-лѣтней женщины уже съ 18 лѣтъ повторялись припадки упорной рвоты, которую всѣ видѣвшіе больную врачи считали нервной. Hayem нашелъ уплотненіе въ fossa iliaca, произвелъ лапаротомію и удалилъ значительно измѣненный червеобразный отростокъ. Послѣ операціи рвота не возобновлялась и больная начала быстро поправляться.

Во 2-ой категоріи истерическихъ псевдо-аппендицитовъ Talamon'a, по заявленію послѣдняго, также имѣется анатомическій субстратъ для перитифлитическихъ симптомовъ, хотя онъ, будто-бы, переодѣвается истерическими больными.

Къ нервнымъ перитифлитамъ примыкаетъ въ этомъ отношеніи и *Peritypphlitis larvata* Ewald'a.

Schaumann же, исходя изъ тѣхъ наблюденій, что перитифлитъ иногда встрѣчается у нѣсколькихъ членовъ одной и той же семьи и что большая часть перитифлитиковъ нервные люди, приходитъ даже къ тому заключенію, что *нейрастенія* есть одинъ изъ этіологическихъ моментовъ перитифлита.

Связь между нейрастеніей и разбираемой болѣзнію Schaumann видитъ въ аномаліяхъ положенія брюшныхъ органовъ, аномаліяхъ, очень часто сопровождающихъ нейрастенію. Ненормальное же положеніе червеобразнаго отростка предрасполагаетъ его къ воспаленіямъ. Наибольшую частоту перитифлитовъ у американцевъ Schaumann объясняетъ именно тѣмъ, что среди нихъ большее число нейрастениковъ.

Adler [2]) же полагаетъ, что «нервность» потому располагаетъ къ заболѣванію червеобразнаго отростка, что у людей, страдающихъ нейрастеніей, недостаточно развита кишечная мускулатура, что ведетъ къ задержанію кишечнаго содержимаго.

---

[1]) Glautenay. Appendicite oblitérante atrophique et pseudo-appendicite nerveuse. Le presse méd. № 32. 1898.

[2]) Berthier et Miliau. Appendicite oblitérante atrophique et pseudo-appendicite nerveuse. – La presse méd. № 47. 1898.

[1]) Hayem. Vomissements dits nerveux d'origine réflexe, à point de départ appendiculaire.—Soc. méd. des hôp. 26 mars. 1897.

[2]) Adler. -Neurologisches Centralbl. 15 Febr. 1901.

Глава V.

Клиническое теченіе перитифлитовъ.

На стр. 220—221 мы указывали, что клиническое лѣченіе перитифлитовъ цѣлесообразнѣе всего провести по *тяжести клиническаго теченія*, что, въ общемъ, соотвѣтствуетъ съ патолого-анатомической точки зрѣнія территоріальному распространенію инфекціи: такъ:

1) *Легкіе случаи* обнимаютъ тѣ формы перитифлита, гдѣ воспалительный процессъ ограниченъ только предѣлами червеобразнаго отростка, не переходя въ брюшную полость.

2) *Средніе случаи*—собственно перитифлиты, съ ограниченнымъ воспаленіемъ брюшины.

3) *Тяжелые случаи* съ общимъ воспаленіемъ брюшины.

1) *Легкіе случаи* клинически могутъ протекать совсѣмъ или почти незамѣтно, такъ какъ вскрытія обнаруживаютъ измѣненія червеобразнаго отростка у лицъ, при жизни которыхъ почти не указывалось на то, или, по крайней мѣрѣ, эти измѣненія прошли при незначительныхъ и потому незамѣченныхъ клиническихъ явленіяхъ. Изъ болѣе старыхъ изслѣдователей уже Toft [1]) приводитъ, что на 300 изслѣдованныхъ имъ труповъ онъ нашелъ у каждаго третьяго лица въ возрастѣ между 20 и 70 годами червеобразный отростокъ больнымъ или со слѣдами бывшаго воспаленія. Эти данныя можно считать мало преувеличенными. Въ главѣ объ анатоміи червеобразнаго отростка мы указывали, какъ часто приходится наблюдать отступленія отъ нормальнаго его состоянія, такъ, напр., только въ $^1/_3$ случаевъ оказывается въ немъ нормальное содержимое, въ $^1/_4$ случаевъ просвѣтъ его бываетъ частично или полностью зароценнымъ, часты воспалительные процессы на его слизистой, склейки на серозномъ покровѣ и т. п.

Насъ интересуютъ здѣсь, конечно, только клиническія формы.

По своимъ припадкамъ они весьма близко подходятъ къ припадкамъ желчныхъ или почечныхъ колико̀въ.

Самое характерное для случаевъ этой группы—*кратковременность* припадковъ съ *хорошимъ* исходомъ. Припадки начинаются

[1]) l. c.

болѣе или менѣе внезапно *болями* живота, которыя въ большинствѣ случаевъ локализуются въ правой подвздошной ямкѣ или отдаютъ въ пупочную область, подъ ложечку, въ поясницу, въ правый пахъ, въ правое бедро и даже иногда въ лѣвую сторону живота. Боли имѣютъ по преимуществу характеръ *колико̀въ*, что дало поводъ Talamon'у объяснить ихъ тѣмъ, что въ этихъ случаяхъ каловые камни съ силою проникаютъ изъ слѣпой кишки въ мышечный каналъ червеобразнаго отростка и тѣмъ вызываютъ спазмотическія, весьма болѣзненныя сокращенія его. Такое объясненіе стоитъ въ полномъ согласіи съ его теоріей происхожденія каловыхъ камней, но такъ какъ камни сколько-нибудь значительной величины образуются, какъ мы видѣли, по преимуществу въ самомъ отросткѣ, то, вѣрнѣе, предположить здѣсь, что спазмотическое сокращеніе отростка вызывается уже присутствующими въ отросткѣ камнями съ цѣлью вытолкнуть ихъ отсюда, по аналогіи съ желчными и почечными камнями. Ранніе операціи, произведенныя въ этихъ случаяхъ, показали, однако, что далеко не во всѣхъ случаяхъ имѣется здѣсь дѣло съ каловыми камнями и если Talamon считаетъ, что въ этихъ случаяхъ каловые камни уже выпали въ слѣпую кишку, то принять это для всѣхъ случаевъ невозможно. Спазмотическія сокращенія, безъ сомнѣнія, вызываются содержимымъ, которое можетъ быть не только въ видѣ камней, но и въ видѣ жидкаго секрета: слизистаго, слизисто-гнойнаго, кровянисто-гнойнаго и т. п., задержавшагося вслѣдствіе ли припуханія выходного отверстія, или ненормальнаго положенія отростка, или перегиба его и т. д. На преодолѣніе этого препятствія и требуется усиленная мышечная работа червеобразнаго отростка. Въ этомъ отношеніи интересенъ случай Treves'a [2]), интересный еще и какъ первый по времени случай операціи рецидивирующаго перитифлита въ межприпадковомъ періодѣ: на операціи найдены сращенія, фиксировавшія червеобразный отростокъ въ ненормальномъ положеніи. Операція ограничилась *только* освобожденіемъ отростка отъ этихъ сращеній, послѣ чего припадки не возвращались. Безъ сомнѣнія, послѣ операціи оттокъ секрета отростка происходилъ свободно и поэтому исчезли боли.

При ощупываніи живота опредѣляется его *болѣзненность* и всегда только въ одной точкѣ Mc. Burney'я, соотвѣтствующей

[2]) Treves. Relapsing typhlitis treated by operation.—Med. Chir. Trans. LXXI. 1888.

основанію червеобразнаго отростка. При небольшой толщинѣ брюшныхъ стѣнокъ и при отсутствіи напряженія удается ощупать пальцами болѣзненный эластическій валикъ въ палецъ толщиною (червеобразный отростокъ). Часто этотъ валикъ подвиженъ, какъ бы катается подъ ощупывающими его пальцами, что понятно, такъ какъ процессъ въ этихъ случаяхъ, какъ сказано, ограничивается только однимъ червеобразнымъ отросткомъ и не переходитъ на смежныя части брюшины. При болѣе же толстыхъ брюшныхъ стѣнкахъ ясно прощупать отростокъ не удается, опредѣляется только рѣзко ограниченная болѣзненная опухоль и нѣкоторая резистентность. Остальная часть живота безболѣзнена и не вздута.

Весьма часто припадки сопровождаются или даже имъ предшествуютъ разстройства со стороны кишечника въ видѣ *запора* или *поноса*, но несравненно чаще *запора*. Въ началѣ припадка появляется *тошнота* и иногда *рвота*, которая вызывается рефлекторно, но надо думать не вслѣдствіе раздраженія брюшины, а вслѣдствіе раздраженія нервовъ самого червеобразнаго отростка (нѣтви n. mesaraici), подвергающихся раздраженію вслѣдствіе быстраго растяженія и спазмотическаго сокращенія стѣнокъ отростка.

Температура въ этихъ случаяхъ часто остается нормальной, а если повышается, то незначительно: до 38°, рѣдко до 39° и еще рѣже выше; въ исключительныхъ только случаяхъ наблюдается ознобъ.

Какъ сказано, эти припадки отличаются кратковременностью: спустя 24 часа или 2—4 дня t^0 падаетъ до нормы, происходитъ дефекація, боли исчезаютъ и остается развѣ только небольшая чувствительность червеобразнаго отростка.

Характерное для этихъ случаевъ: *полное отсутствіе перитонеальныхъ явленій, незначительная величина опухоли и незначительность или отсутствіе разстройствъ общаго состоянія*, если не считать разстройствъ, вызываемыхъ сильными болями.

Не всегда, однако, наступаетъ полное выздоровленіе; если временныя причины, вызвавшія настоящій припадокъ, продолжаютъ дѣйствовать и, особенно, когда онѣ продолжаютъ дѣйствовать въ болѣе сильной степени, то этотъ припадокъ является первою стадіей болѣе тяжелаго заболѣванія, переходящаго уже на смежныя съ отросткомъ части брюшины.

Если же одни причины постояннаго характера, въ видѣ, напр., ненормальнаго положенія отростка, перегибовъ, сращеній и т. п., а другія причины, вызвавшія настоящій припадокъ, преходящаго кратковременнаго характера, т. е временныхъ причинъ, то по миновеніи послѣднихъ всетаки въ лицѣ постоянныхъ причинъ остаются условія, которыя ждутъ только новаго толчка, чтобы вызвать новый припадокъ и такимъ образомъ получается хроническая, рецидивирующая форма перитифлита. Послѣдующіе припадки могутъ носить или характеръ вышеизложенный, или сопровождаться болѣе глубокими измѣненіями червеобразнаго отростка, въ зависимости отъ дѣйствующихъ причинъ, и сопровождаться болѣе тяжелыми клиническими явленіями.

Наконецъ, самъ припадокъ можетъ оставить послѣ себя слѣды, которые дѣлаютъ червеобразный отростокъ менѣе стойкимъ къ вредоносными агентамъ, чѣмъ онъ былъ до заболѣванія. Острый процессъ можетъ принять скрытое хроническое теченіе, обострающееся при малѣйшемъ случаѣ, который для вполнѣ здороваго отростка прошелъ бы совершенно незамѣтно. Отъ бывшаго воспаленія могутъ остаться, рубцовыя сокращенія, хотя и незначительныя сами по себѣ, но всетаки нарушающія правильную циркуляцію содержимаго отростка и при усиленной секреціи его значительно способствующія застою секрета; оставшійся каловой камень время отъ времени можетъ давать толчокъ къ новымъ вспышкамъ и т. д.

Въ больничной практикѣ случаи этой группы, по понятнымъ причинамъ, встрѣчаются очень рѣдко. Такъ, изъ нашего матеріала мы можемъ отнести сюда только 7 случаевъ (№№ 20, 58, 67, 69, 70, 78 и 79), какъ наиболѣе подходящихъ къ разбираемой группѣ.

---

2) Клиническое теченіе перитифлитовъ 2-й группы—*случаевъ средней тяжести*. т. е. перитифлитовъ въ строгомъ смыслѣ, именно воспаленій червеобразнаго отростка и близъ лежащей части брюшной полости, даетъ при отсутствіи осложненій довольно типичныя картины двухъ видовъ:

а) Послѣ остраго періода, продолжающагося болѣе или менѣе долго, наступаетъ періодъ улучшенія: повышенная t^0 опускается до нормы, критически или литически; боли стихаютъ или уменьшаются, болѣзненность также значительно уменьшается, хотя держится дольше всего, опухоль или резистентность становится меньше и совершенно исчезаетъ, быстро или постепенно. Весьма часто поворотный моментъ къ улучшенію совпадаетъ съ первымъ стуломъ.

Самочувствіе больныхъ улучшается по миновеніи остраго періода настолько, что они съ трудомъ остаются въ постели, хотя мѣстный процессъ далеко еще не закончился; появляется аппетитъ; языкъ очищается и т. д.

Случаи этого типа клиническаго теченія благополучно заканчиваются выздоровленіемъ при *выжидательномъ терапевтическомъ леченіи*.

b) Въ случаяхъ 2-го типа также послѣ остраго періода наступаетъ улучшеніе въ особенности со стороны общаго состоянія, но только до извѣстнаго предѣла. Воспалительный мѣстный процессъ продолжаетъ прогрессировать, хотя и нѣтъ теперь уже тѣхъ бурныхъ мѣстныхъ явленій, какія были въ начальныхъ стадіяхъ заболѣванія. Случаи этого типа для благополучнаго исхода требуютъ *оперативнаго вмѣшательства*—вскрытія гнойника.

Конечно, существуетъ много переходныхъ случаевъ между 1-мъ и 2-мъ типомъ. Въ періодѣ улучшенія болѣзни случаевъ 1-го типа, могутъ опять наступить обострѣнія, продолжающіяся болѣе или менѣе долго и могущія повести къ неблагопріятному исходу. Причины такихъ вспышекъ лежатъ большею частью въ механическихъ писультахъ, дѣйствующихъ на воспалительный фокусъ извнѣ: преждевременное оставленіе постели, физическія упражненія и т. д., или изнутри со стороны кишечника; сильныя слабительныя, нарушеніе діэты и т. д.

Ad a. Продолжительность болѣзни случаевъ перваго типа различная: отъ нѣсколькихъ дней до нѣсколькихъ недѣль.

Такъ, наши больныя выписались изъ больницы, какъ выздоровѣвшія:

въ теченіе 1-ой недѣли по поступленіи 9 чел. (№№ 1, 4, 34, 43, 46, 48, 57, 84 и 86)=12,9%;

въ теченіе 2-ой недѣли по поступленіи 22 чел. (№№ 6, 16, 24, 27, 28, 29, 32, 35, 36, 39, 42, 51, 52, 55, 64, 68, 72, 74, 82, 85, 87, 89)=31,4%;

въ теченіе 3-ьей недѣли по поступленіи 15 чел. (№№ 3, 22, 25, 26, 31, 41, 44, 49, 50, 53, 62, 65, 71, 77, 88)=21,4%;

въ теченіе 4-ой недѣли по поступленіи 11 чел. (№№ 12, 13, 21, 30, 38, 47, 54, 59, 66, 76 и 83)=15,7%;

въ теченіе 5-ой недѣли по поступленіи 8 чел. (№№ 5, 11, 14, 15 19, 45, 75 и 81)=11,4%;

спустя болѣе 5-ти недѣль по поступленіи 5 чел. (№ 2 (42 день), № 9 (57 д.), № 23 (51 д.), № 61 (38 д.) и № 73 (53 д.)),=7,2% [1]).

Всего 70 человѣкъ.

Изъ этой таблицы мы видимъ, что почти половина (44,3%) больныхъ выздоравливаетъ въ теченіе первыхъ 2 недѣль по поступленіи въ больницу.

Если же причислить число дней болѣзни, проведенныхъ дома что, конечно, вѣрнѣе, то получимъ:

выздоровленіе въ теченіе 1-ой недѣли болѣзни въ 1 случ. (№ 48)=1,5%;

выздоровленіе въ теченіе 2-ой недѣли болѣзни въ 14 случ (№№ 1, 6, 16, 34, 35, 39, 43, 46, 51, 55, 57, 72, 86, 89)=20,0%;

выздоровленіе въ теченіе 3-ей недѣли болѣзни въ 14 случ. (№№ 22, 24, 26, 28, 31, 49, 50, 62, 68, 71, 74, 82, 85 и 87)=20,0%;

выздоровленіе въ теченіе 4-ой недѣли болѣзни въ 14 случ. (№№ 3, 12, 13, 25, 27, 29, 32, 36, 42, 52, 64, 66, 84, 88)=20,0%;

выздоровленіе въ теченіе 5-ой недѣли болѣзни въ 13 случ. (№№ 14, 15, 30, 41, 47, 53, 54, 59, 75, 76, 77, 81 и 83)=18,5%;

выздоровленіе въ теченіе 6-ой недѣли болѣзни въ 6 случ. (№№ 4, 11, 19, 21, 45 и 61)=8,5%;

выздоровленіе спустя болѣе 6-ти недѣль болѣзни въ 8 случ. (№№ 2, 5, 9, 23, 38, 44, 65 и 73)=11,5%.

По этой таблицѣ продолжительность болѣзни больше на одну недѣлю, такъ что тотъ же % выздоровленія, какой приходился по первой таблицѣ (44,3%) на первыя *двѣ* недѣли, по этой (41,5%) падаетъ на первыя *три* недѣли.

Продолжительность болѣзни болѣе 6 недѣль отмѣчена только въ 8 случаяхъ, т. е. въ 11,5%.

Въ общемъ средняя продолжительность болѣзни со дня поступленія въ больницу въ случаяхъ этой группы=18 днямъ, а со

---

[1]) Въ послѣднихъ 5 случаяхъ въ періодѣ улучшенія отмѣчены осложненія (*Influenza* въ №№ 9 и 61, *pneumonia* въ № 23, *cystitis* въ № 2), хотя надо замѣтить, что и мѣстныя явленія держались все время до выписки больныхъ, но возможно, что такая продолжительность періода измѣненія мѣстнаго процесса обусловливалась осложненіями. Только въ одномъ случаѣ (№ 73) не было осложненій продолжительность процесса выздоровленія обусловливалась разсасываніемъ *очень большой* перитифлитической опухоли.

ня болѣзни = 24 днямъ. *Minimum* продолжительности = 7 днямъ и *maximum* = 62 днямъ.

У Kleinwächter'a [1]) по матеріалу Breslau'ской клиники средняя продолжительность болѣзни терапевтическихъ случаевъ = 30 днямъ, при *minimum'*ѣ въ 6 дней и при *maximum'*ѣ въ 169 дней. У Herzog'a, также какъ и у насъ выздоровленіе почти въ половинѣ случаевъ (въ 47%) приходится на долю первыхъ 3 недѣль. По даннымъ же Rotter'a, продолжительность болѣзни нѣсколько большая: такъ въ среднемъ она равна отъ 3 до 6 недѣль, продолжительность же болѣе 6 недѣль (отъ 9 до 12 недѣль) наблюдалась у него въ 20%.

Повышенная t^0, какъ мы приводили на стр. 234, въ большинствѣ случаевъ (въ 56,6%) держится отъ 1 до 3 дней и только въ 15% она продолжается больше недѣли.

Число лихорадочныхъ дней и *высота* t^0 стоятъ, какъ и слѣдуетъ ожидать, въ прямомъ отношеніи къ числу дней болѣзни, какъ показываетъ слѣдующая таблица (взяты въ разсчетъ только дни, проведенные въ больницѣ):

Продолжительность болѣзни.	Средняя продолжит. лихорадки.	t^0 выше 39°.
1 недѣля	1,5 дня	25,0%.
2 »	2,5 »	33,3 »
3 »	3,0 »	13,3 »
4 »	5,2 »	54,6 »
5 »	7,2 »	50,0 »
болѣе 5 недѣль	7,6 дня	80,0%.

Эта таблица показываетъ, что большая продолжительность болѣзни обусловливается съ одной стороны болѣе сильною вирулентностью инфекціи: чѣмъ выше была t^0, тѣмъ продолжительнѣе болѣзнь; съ другой стороны болѣе продолжительнымъ активнымъ дѣйствіемъ инфекціи, т. е. чѣмъ больше лихорадочныхъ дней, показывающихъ *періодъ активнаго* дѣйствія инфекціи, тѣмъ продолжительнѣе періодъ регрессивнаго процесса: такъ таблица показываетъ, что съ каждымъ новымъ лихорадочнымъ днемъ продолжительность болѣзни увеличивается почти на недѣлю.

Ad b. Теченіе болѣзни случаевъ 2-го типа, т. е., подвергшихся операціи, много продолжительнѣе, причемъ продолжительность ея обусловливается долгимъ послѣопераціоннымъ заживленіемъ раны. Случаевъ перитифлитовъ съ благопріятнымъ исходомъ изъ 73 оперированныхъ случаевъ у насъ было 54, изъ нихъ *выздоровленіе* наступило *со дня поступленія въ больницу*:

въ теченіе 4-ой недѣли въ 2 случ. (№№ 14 и 28);
» » 5-ой » » 3 » (№№ 10, 18 и 19);
» » 6-ой » » 4 » (№№ 15, 24, 42 и 48),
» » 7-ой » » 12 » (№№ 2, 4, 6, 8, 9, 12; 17, 21, 22, 23, 33 и 68);
» » 8-ой недѣли въ 3 случ. (№№ 25, 49 и 69);
» » 9-ой » » 5 » (№№ 7, 31, 32, 63 и 70);
» » 10-ой » » 9 » (№№ 5, 26, 30, 35, 37, 38, 50, 60 и 64);
» » 11-ой недѣли въ 6 случ. (№№ 13, 16, 27, 39. 43 и 56);
» » 12-ой недѣли въ 1 случ. (№ 72).
» » 13-ой недѣли въ 2 случ. (№№ 3 и 59);
» » 14-ой и болѣе » 7 » (№№ 34, 55, 57, 58, 61, 65 и 71).

Изъ этой таблицы мы видимъ, что, какъ при выжидательномъ леченіи выздоровленіе наступаетъ въ теченіе первыхъ двухъ недѣль почти въ половинѣ случаевъ, такъ при хирургическомъ леченіи болѣе половины (53 %) выздоравливаетъ въ теченіе первыхъ 2 мѣсяцевъ (9 недѣль).

Если же считать *выздоровленіе со дня заболѣванія*, то и здѣсь, подобно сучаямъ, леченнымъ терапевтически, срокъ его отодвигается на 1 недѣлю, какъ показываетъ слѣдующая таблица:

выздоровленіе въ теченіе 5-ой недѣли по заболѣваніи въ 1 случ. (№ 14);
выздоровленіе въ теченіе 6-ой недѣли по заболѣваніи въ 3 случ. (№№ 18, 98 и 28);
выздоровленіе въ теченіе 7-ой недѣли по заболѣваніи въ 7 случ. (№№ 4, 6, 10. 17, 24, 33 и 48);
выздоровленіе въ теченіе 8-ой недѣли по заболѣваніи въ 8 случ. (№№ 2, 9, 15, 21, 22, 68 и 69);
выздоровленіе въ теченіе 9-ой недѣли по заболѣваніи въ 8 случ. (№№ 7, 8, 12, 22, 23, 25, 48 и 63);
выздоровленіе въ теченіе 10-ой недѣли по заболѣваніи въ 3 случ. (№№ 5, 26 и 72);

[1]) Kleinwächter. Die Erfolge der internen Behandlung der Perityphlitis. Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. I. Bd. V. H. 1896.

выздоровленіе въ теченіе 11-ой недѣли по заболѣваніи въ 11 случ. (№№ 16, 30, 31, 32, 37, 43, 50, 56, 60, 70 и 76);

выздоровленіе въ теченіе 12-ой недѣли по заболѣваніи въ 4 случ (№№ 27, 35, 38 и 39);

выздоровленіе въ теченіе 13-ой недѣли по заболѣваніи въ 3 случ. (№№ 13, 59 и 61);

выздоровленіе въ теченіе 14-ой недѣли и болѣе по заболѣваніи въ 7 случ. (№№ 3, 34, 55, 57, 58, 65 и 71).

Наименьшая продолжительность болѣзни оперированныхъ больныхъ—34 днямъ (въ случ. № 14), *набольшая* 157 днямъ (въ случаѣ № 57), если не считать случая № 55 съ 437 днями, гдѣ больная такъ и выписалась со свищемъ; *средняя* же продолжительность—69 дняхъ.

Больше 3-хъ мѣсяцевъ болѣзнь продолжалась въ 9 случ. (№№ 3, 34, 53, 55, 57, 58, 61, 65 и 71), изъ нихъ въ случаяхъ №№ 3, 34, 58, 61 и 71 очень долго не заживали свищи, а въ случ. №№ 53, 55 и 57 имѣлся разлитой перитонитъ и также долго не заживали свищи; въ случ. № 34 больная поступила въ слишкомъ запущенномъ состояніи, съ гнойникомъ, прорвавшемся уже подъ кожу и въ случ. № 65 больная также поступила очень поздно и кромѣ того имѣлась pneumonia chronica. Въ случаѣ № 71 свищи поддерживались оставшимися въ глубинѣ лигатурами.

Со дня же операціи выздоровленіе наступило:

въ теченіе 4-ой недѣли въ 4 случ. (№№ 10, 14, 19 и 28);

въ теченіе 5-ой недѣли въ 6 случ. (№№ 13, 15, 17, 18, 42 и 48);

въ теченіе 6-ой недѣли въ 6 случ. (№№ 4, 6, 9, 21, 24 и 33);

въ теченіе 7-ой недѣли въ 8 случ. (№№ 3, 8, 12, 22, 23, 49, 68 и 69);

въ теченіе 8-ой недѣли въ 5 случ. (№№ 7, 25, 30, 63 и 64);

въ теченіе 9-ой недѣли въ 5 случ. (№№ 31, 32, 37, 50 и 70);

въ теченіе 10-ой недѣли въ 9 случ. (№№ 5, 16, 26, 35, 38, 43, 56, 60 и 72);

въ теченіе 11-ой недѣли въ 2 случ. (№№ 27 и 39);

въ теченіе 12-ой недѣли въ 3 случ. (№№ 3, 50 и 61);

въ теченіе 13-ой недѣли въ 3 случ. (№№ 3, 59 и 61);

въ теченіе 14-ой и болѣе въ 5 случ. (№№ 34, 57, 58, 65 и 71).

Эта таблица показываетъ, что послѣ операціи выздоровленіе

наступаетъ въ $^{2}/_{3}$ ($61{,}8^{0}/_{0}$) случаевъ въ теченіе первыхъ 2 мѣсяцевъ (9 недѣль) послѣ операціи. *Наименьшая* продолжительность послѣопераціоннаго періода—22 днямъ (случ. № 28); *наибольшая* (опять не считая случая № 55 съ 430 днями и случая № 57 съ 142 днями)=58 днямъ.

Что касается *срока операціи*, то *отъ начала заболѣванія* она произведена у насъ

въ теченіе 1-ой недѣли въ 4 случ. (№№ 2, 24, 63 и 68);

» » 2-ой » » 24 » (№№ 3, 4, 6, 7, 9, 14, 16, 18, 19, 21, 22, 25, 27, 32, 37, 38, 39, 43, 50, 56, 57, 59, 60 и 69);

въ теченіе 3-ей недѣли въ 18 случ. (№№ 8, 10, 12, 15, 17, 23, 28, 31, 35, 42, 48, 49, 55, 58, 61, 64, 70 и 72);

въ теченіе 4-ой недѣли въ 1 случ. (№ 30);

» » 5-ой » » 1 » (№ 34);

» » 6-ой » » 1 » (№ 71);

въ концѣ 2-го мѣсяца » 2 » (№ 13 и 26);

Неопредѣлено » 3 » (№ 5, 33 и 65).

Стало быть, въ теченіе *первыхъ двухъ недѣль* отъ начала заболѣванія операція произведена *болѣе, чѣмъ въ половинѣ случаевъ* ($55^{0}/_{0}$) и только въ 5 случаяхъ ($9^{0}/_{0}$) спустя *три недѣли*. *Самая ранняя* операція произведена спустя 6 дней отъ начала заболѣванія (№ 24) и *самая поздняя* спустя 2 мѣсяца (№№ 13 и 26), но въ этихъ случаяхъ имѣлось хроническое заболѣваніе червеобразнаго отростка. *Въ среднемъ* операція произведена на 15-ый день отъ начала заболѣванія.

По времени же поступленія больныхъ въ больницу *срокъ операціи* довольно близокъ ко дню поступленія, какъ показываютъ слѣдующія данныя:

оперировано въ день поступл. въ 4 случ. (№№ 26, 28, 65 и 72);

оперировано на 2-ой день по поступл. въ 12 случ. (№№ 2, 24, 31, 32, 34, 38, 39, 42, 60, 68, 70 и 71);

опериров. на 3-ій день по поступл. въ 8 случ. (№№ 5, 8, 9, 22, 27, 33, 35 и 43);

опериров. на 4-ый день по поступл. въ 5 случ. (№№ 12, 14, 18, 56 и 63);

опериров. на 5-ый день по поступл. въ 5 случ. (№№ 6, 7, 25, 37, и 58);

оперир. на 6-ой день по поступл. въ 4 случ. (№№ 15, 19, 23 и 48);

оперир. на 7-ой день по поступл. въ 4 случ. (№№ 3, 16 59, и 69);

оперир. на 8-ой день по поступл. въ 2 случ. (№№ 21 и 55);

оперир. на 9-ый день по поступл. въ 4 случ. (№№ 4, 30, 57 и 64);

оперир. на 10-ый день по поступл. въ 2 случ. (№№ 49 и 50);

» » 11-ый » » » » 2 » (№№ 10 и 61);

» » 12-ый » » » » 1 » (№ 17).

Изъ этой таблицы мы видимъ, что почти *въ половинѣ случаевъ* (45,3%) операція произведена въ первые три дня по поступленіи въ больницу и только въ 11 случаяхъ (въ 20,8%) *спустя недѣлю. Самая ранняя операція—въ день поступленія въ больницу*—произведена въ 4 случаяхъ и *самая поздняя*—на 12-й день—въ *одномъ случаѣ*, если не считать случая № 13, гдѣ имѣлась хроническая рецидивирующая форма перитифлита, и гдѣ операція произведена на 47-й день по поступленіи въ больницу. *Въ среднемъ* же операція произведена на 5-ый день по поступленіи въ больницу.

Интересны *отношенія*, въ какихъ стоитъ *срокъ операціи къ послѣопераціонному теченію* и *къ сроку выздоровленія*: такъ, по нашимъ даннымъ при операціи, произведенной въ теченіе:

	Число случаевъ.	Выздоровлен. на какой день послѣ операціи въ среднемъ.	Выздоровлен. на какой день болѣзни въ среднемъ.
1)	1-ой нед. бол. 4 случ.	на 46-ой день	на 52-ой день.
2)	2-ой » » 24 »	» 52-ой »	» 64-ой »
3)	3-ей » » 18 »	» 47-ой »	» 62-ой »
4)	Спустя 3 нед. 5 »	» 72-ой »	» 114-ый »

Оставляя въ сторонѣ случаи 4-й группы, гдѣ періодъ, предшествовавшій операціи, слишкомъ продолжителенъ, и случаи 1-ой группы по ихъ малочисленности, невольно обращаешь вниманіе на сопоставленіе случаевъ 2-ой и 3-й группы; именно это сопоставленіе показываетъ, *что въ случаяхъ съ болѣе поздняго операціей, въ общемъ, выздоровленіе наступаетъ скорѣе, не только считая со дня операціи, но даже и со дня начала болѣзни; мало того, и само послѣопераціонное теченіе отличается въ выгоду*

случаевъ съ болѣе позднею операціей: такъ въ случаяхъ оперированныхъ на 2-ой недѣли болѣзни отмѣчено: 1 разъ прорывъ гнойника въ рукавъ (№ 27), 1 разъ затекъ въ малый тазъ, потребовавшій вскрытія черезъ задній сводъ (№ 7), 2 раза сдѣлано противоотверстіе въ поясничной области одновременно съ переднимъ разрѣзомъ (№№ 21 и 32) и 1 разъ на 8-ой день послѣ операціи—эти данныя указываютъ на болѣе обширныя нагноенія, которыя, наоборотъ, слѣдовало бы ожидать при замедленныхъ операціяхъ. Изъ случаевъ же, оперированныхъ на 3-й недѣлѣ только въ одномъ случаѣ (№ 58) мы видимъ слишкомъ затянувшееся послѣопераціонное теченіе; безъ этого случая послѣопераціонный періодъ въ случаяхъ, оперированныхъ на 3-ей недѣлѣ равенъ всего только 43,3 днямъ, меньше даже, чѣмъ въ случаяхъ оперированныхъ въ теченіе 1-ой недѣли болѣзни.

Мы далеки отъ мысли, чтобы изъ сопоставленія этихъ данныхъ выводить заключенія о выгодахъ болѣе позднихъ операцій,—нѣтъ, эти данныя показываютъ, что мы имѣемъ дѣло со случаями *инфекціи различной вирулентности*: въ случаяхъ съ болѣе высокой вирулентностью инфекціи, какъ общія явленія, такъ и мѣстныя *скорые*, т. сказать, складываются въ ту форму, гдѣ требуется уже оперативное вмѣшательство, тогда какъ при меньшей вирулентности это происходитъ *поздніе*, но и въ то же время процессъ обратнаго теченія—выздоровленіе—заканчивается *скорѣе*, не смотря на болѣе позднее оперативное вмѣшательство и, прим. томъ не только по отношенію къ послѣопераціонному теченію, но и по отношенію ко всему періоду болѣзни.

Эти выводы о различной вирулентности инфекціи при кажущихся однородныхъ этіологическихъ, патолого-анатомическихъ и клиническихъ картинахъ заболѣваній червеобразнаго отростка подтверждаются также при разсмотрѣніи случаевъ, окончившихся летально вслѣдствіе ли перитонита или другихъ осложненій, и при сравненіи ихъ съ благополучно закончившимися случаями (см. ниже) Мало того, анализъ этихъ случаевъ приводитъ къ тому заключенію, что далеко не во всѣхъ случаяхъ послѣдствія инфекціи различной вирулентности могутъ компенсироваться раннимъ или позднимъ оперативнымъ вмѣшательствомъ.

---

3. Клиническое теченіе случаевъ 3-й группы съ общимъ перитонитомъ отличается *бурнымъ, тяжелымъ началомъ, такимъ же*

продолженіемъ болѣзни и въ большинствѣ случаевъ *кратковременностью ея*. Это относится какъ а) къ случаямъ; не подвергающимся операціи, такъ и b) къ оперированнымъ случаямъ.

Ad a. Случаевъ общаго перитонита, леченныхъ выжидательно и окончившихся летально у насъ было десять: изъ нихъ смерть наступила

въ теченіе 1-й нед. болѣзни въ 2 случ. (№№ 37 и 56)
» » 2-й » » » 4 » (№№ 8, 17, 18 и 60)
» » 3-й » » » 1 » (№ 40)
» » 4-й » » » 3 » (№№ 7, 10 и 63),

Отсюда видимъ, что смерть наступила въ 60% всѣхъ случаевъ въ теченіе первыхъ 2-хъ недѣль. *Наименьшая* продолжительность болѣзни равна 6 днямъ (№ 56) и *наибольшая*—27 днямъ (№№ 7 и 10), и *средняя*—14,5 днямъ.

Со времени же поступленія въ больницу смерть наступила въ теченіе 1-й нед. въ 7 случ. (№№ 8, 17, 18, 37, 40, 56 и 59)
» » 2-й » » » 2 » (№№ 7 и 63)
» » 3-й » » 1 » (№ 10),
т. е. *большинство* (70%) умерло въ теченіе 1-ой недѣли по поступленіи.

Наименьшая продолжительность болѣзни за время нахожденія въ больницѣ = 1 дню (№ 40); *наибольшая* = 18 днямъ (№ 10) и *средняя* = 7 днямъ.

Въ большинствѣ случаевъ этой группы общій перитонитъ сопровождался другими осложненіями, затемнившими распознаваніе и ускорившими роковой исходъ:

Такъ, *въ случаѣ № 37* имѣлось такое неблагопріятное осложненіе перитифлита, какъ *беременность* (8-ми-мѣсячная). Преждевременные роды, безъ сомнѣнія, ускорили развязку, такъ какъ смерть наступила тотчасъ послѣ родовъ, на 6-й день болѣзни. Кромѣ того здѣсь имѣлось осложненіе въ видѣ гнойнаго воспаленія праваго яичника.

Въ случаѣ № 56 весьма вѣроятно прободеніе червеобразнаго отростка произошло непосредственно въ свободную брюшную полость, какъ можно судить по анамнезу, исторіи болѣзни и протоколу вскрытія. Перитонитъ былъ фиброзно-гнойный. Особенность этого случая заключается въ рано наступившемъ *отсутствіи болѣзненности живота*, хотя физическія изслѣдованія опредѣляли уже на 4-й день болѣзни присутствіе экссудата въ его полости. Отъ операціи больная отказалась. Смерть на 6-й день.

Въ случаѣ № 8 больная принята въ больницу въ очень тяжеломъ состояніи съ разлитымъ уже перитонитомъ. Смерть на 12-й день болѣзни.

Въ случаѣ № 17 слабительное и высокія клизмы, назначаемыя почти ежедневно, безъ сомнѣнія, способствовали развитію перитонита и приближенію роковаго исхода. Смерть на 9-й день болѣзни.

Въ случаѣ № 18—имѣлась 4-хъ-мѣсячная беременность. Въ этомъ случаѣ, хотя и произведена была операція, но этотъ случай отнесенъ нами къ леченнымъ выжидательно, ибо операція была не закончена, такъ какъ причина перитонита не была найдена, да и самъ перитонитъ не былъ опредѣленъ съ увѣренностью. Безъ сомнѣнія, эта неудавшаяся операція способствовала дальнѣйшему развитію перитонита и роковому исходу. Въ этомъ случаѣ также не было рѣзко выраженной болѣзненности живота. Смерть на 8-й день.

Въ случаѣ № 60—болѣзнь развилась въ *послѣродовомъ* періодѣ и поэтому перитонитъ былъ принятъ за послѣродовой. Смерть на 10-й день болѣзни.

Въ случаѣ № 40—больная была принята уже въ коллапсѣ съ разлитымъ перитонитомъ. Вскрытіе показало, что здѣсь имѣлся *брюшной тифъ* съ брюшно-тифозными язвами также и на слизистой червеобразнаго отростка, одна изъ которыхъ и дала прободеніе. Кромѣ того здѣсь имѣлись метастатическія эмболіи легкихъ и рожистое воспаленіе носа. Смерть на 21-й день болѣзни.

Въ случаѣ № 7—представляетъ большой интересъ осложненіе *діафрагмальнымъ плевритомъ*, безъ сомнѣнія, происшедшимъ вслѣдствіе проникновенія инфекціи изъ брюшной полости, и *прорывъ плеврита черезъ легкое*. Ниже мы увидимъ, что это осложненіе бываетъ иногда однимъ изъ путей, ведущихъ къ опорожненію гнойника и къ выздоровленію, въ нашемъ же случаѣ оно непосредственно послужило причиной смерти, послѣдовавшей на 7-й день болѣзни.

Въ случаѣ № 10—больная поступила уже въ плохомъ состояніи съ общимъ перитонитомъ и съ явленіями *катарральной пнеймоніи*. Одна изъ особенностей этого случая, какъ и предыдущаго та, что мѣстные признаки болѣе всего проявлялись клинически *слѣва*. Вскрытіе показало, что около червеобразнаго отростка имѣлся старый гнойникъ, прободеніе котораго и вызвало общій перитонитъ. Смерть на 27-й день болѣзни.

Въ случаѣ № 63 — было осложненіе *8-ми-мѣсячною беременностью и родами*, послѣдовавшими за 5 дней до смерти. Этотъ случай интересенъ еще осложненіемъ *пилефлебитомъ и множественными абсцессами печени*, безъ сомнѣнія, перитифлитическаго происхожденія. Смерть на 23 й день болѣзни.

Что касается *формы* перитонита въ перечисленныхъ случаяхъ, то въ 5 случаяхъ (№№ 37, 8, 17, 7 и 10) — имѣлся гнойный перитонитъ, въ 3 случаѣ (№№ 60, 40 и 63)—гнойно-гнилостный, въ 1 случаѣ (№ 56)—*фибринозно-гнойный*, въ 1 случаѣ (№ 18)—фибринозный. Въ послѣднемъ случаѣ эксудата было весьма мало, но эта форма была тяжелая—*септическая*.

Ad b. Клиническое теченіе общихъ перитонитовъ, подвергшихся операціи, по нашимъ даннымъ болѣе благопріятное, чѣмъ неоперированныхъ. Такъ, изъ 16 относящихся сюда случаевъ въ 3 случаяхъ (№№ 53, 55, и 57) наступило выздоровленіе.

Продолжительность болѣзни въ этихъ случаяхъ была очень значительная:

Въ случаѣ № 53 выздоровленіе наступило:
на 190-й день болѣзни,
» 189-й » поступленія въ больницу, и
» 188-й » послѣ операціи.

Въ случаѣ № 57 выздоровленіе наступило:
на 155-й день болѣзни,
» 150-й » поступленія въ больницу, и
» 142-й » день послѣ операціи.

Въ случаѣ № 55 выздоровленіе наступило:
на 437-й день болѣзни,
» 430-й » поступленія въ больницу, и
» 422-й » послѣ операціи.

Столь продолжительное послѣопераціонное теченіе во всѣхъ трехъ случаяхъ обусловливалось долго остававшимися *свищами*.

Въ 2-хъ случаяхъ (№№ 55 и 57) имѣлась *фибринозно-гнойная нарастающая форма* перитонита, развившагося изъ ограниченнаго перитифлита уже послѣ операціи послѣдняго и послѣ нѣсколькихъ недѣль благопріятнаго послѣопераціоннаго теченія. Развитіе общаго перитонита потребовало вторичной операціи. Въ случаѣ № 53 съ самаго начала имѣлся общій перитонитъ. Въ этомъ случаѣ имѣлось осложненіе *гнойнымъ воспаленіемъ правыхъ придатковъ*, и, вѣроятно, отъ нихъ развился общій перитонитъ гонорройнаго происхожденія.

Продолжительность болѣзни оперированныхъ перитонитовъ, окончившихся смертельно, также *нѣсколько большая*, чѣмъ неоперированныхъ; такъ, въ нашихъ относящихся сюда случаяхъ смерть наступила

въ теченіе 1-й нед. болѣзни въ 2 случ. (№№ 20, 46 и 47)
» » 2-й » » » 3 » (№№ 29, 40 и 41)
» » 4-й » » » 2 » (№№ 1 и 54)
» » 6-й » » » 1 » (№№ 52)
» » 7-й » » » 2 » (№№ 11 и 66)
» » неизвѣстно » » 2 » (№№ 36 и 67)

Въ теченіе первыхъ *двухъ недѣль* болѣзни смерть наступила немного болѣе, чѣмъ въ половинѣ случаевъ (въ $54^0/_0$). Тогда какъ при выжидательномъ леченіи больные дальше 4-ой недѣли не выживали, здѣсь въ 3 случаяхъ (въ $27^0/_0$) смерть наступала на 6-й или 7-й недѣли.

Наименьшая продолжительность болѣзни здѣсь равна, какъ и въ неоперированныхъ случаяхъ, 6 днямъ (№№ 20 и 46), *наибольшая* же—48 днямъ (№ 11) противъ 27 дней неоперированныхъ перитонитовъ, *средняя*=20 днямъ противъ 14 дней неоперированныхъ перитонитовъ.

Со времени же поступленія больныхъ въ больницу смерть наступила:

въ теченіе 1-й нед. въ 5 случ. (№№ 20, 29, 36, 46 и 47)
» » 2-й » » 3 » (№№ 40, 41 и 54)
» » 3-й » » 1 » (№ 67)
» » 4-й » » 3 » (№№ 1, 52 и 66)
« » 7-й » » 1 » (№ 11)

По этимъ даннымъ, въ теченіе *первой* недѣли по поступленіи смерть наступала въ $38,5^0/_0$, тогда какъ въ неоперированныхъ случаяхъ смерть за этотъ срокъ наступаетъ почти въ *два раза* чаще (въ $70^0/_0$). *Средняя* продолжительность болѣзни также выше, чѣмъ въ неоперированныхъ случаяхъ, именно она=13,7 днямъ противъ 7 дней въ неоперированныхъ случаяхъ.

Со времени же операціи смерть наступила:

въ теченіе 1-й нед. въ 8 случ. (№№ 1, 20, 29, 36, 40, 41, 46 и 47)
» » 3-й » » 1 » (№ 67)
» » 4-й » » 3 » (№№ 52, 54 и 66)
» » 6-й » » 1 » (№ 11)

Въ 3 случаяхъ (№№ 20, 29 и 41) смерть наступала спустя $^1/_2$ сутокъ послѣ операціи, въ одномъ же случаѣ (№ 11) на 40-й день; *въ среднемъ* послѣопераціонный періодъ равенъ 11 днямъ.

По даннымъ Fitz'а смерть отъ общаго перитонита наступаетъ даже скорѣе, чѣмъ по нашимъ даннымъ: такъ, изъ 176 собранныхъ имъ случаевъ смерть наступила:

въ теченіе	1-й	недѣли	въ	98	случаяхъ
» »	2-й	»	»	54	»
» »	3-й	»	»	8	»
» »	4-й	»	»	7	»
» »	5-й	»	»	4	»
» »	7-й и 8-й	»	»	2	»

Изъ нашихъ 13 случаевъ окончившихся смертельно только въ 2 случаяхъ (№ 1 и 11) имѣлась *фибринозно-гнойная* форма перитонита, въ остальныхъ же *гнойная* или *гнилостно-гнойная*.

Большая или меньшая продолжительность болѣзни зависитъ отъ той или другой формы перитонита: наиболѣе быстро убиваютъ септическія, гнойныя и гнилостныя формы: болѣе медленно протекаютъ фибринозно-гнойныя (№№ 1, 11, 55 и 57); при очень продолжительномъ теченіи (нѣсколько недѣль) имѣется собственно осумкованный, хотя и захватывающій значительную часть брюшной полости, но всетаки не общій перитонитъ, какъ это было напр. въ случаѣ № 52.

Остается сказать еще о *продолжительности болѣзни* въ случаяхъ, окончившихся смертью, не вслѣдствіе общаго перитонита, а вслѣдствіе какого либо *осложненія*.

Такихъ случаевъ у насъ имѣлось *пять*:

Въ 3-хъ изъ нихъ (№№ 44, 51 и 62) имѣлось осложненіе *пневмоніей*; въ 1 случаѣ (№ 45) имѣлся тяжелый острый *нефритъ* и въ 1 случаѣ (№ 73)—*сепсисъ* съ метастатическими абсцессами печени.

Смерть наступила *въ среднемъ* на 26-й день болѣзни, на 20-й день поступленія въ больницу и на 18-й день послѣ операціи.

Сопоставленіе *сроковъ операцій*, произведенныхъ въ случаяхъ, окончившихся летально, съ послѣопераціоннымъ теченіемъ и вообще съ продолжительностью болѣзни, обнаруживаетъ тѣ же интересныя соотношенія, что и указанныя на стр. 362—363 въ оперированныхъ случаяхъ съ благопріятнымъ исходомъ.

Именно, при операціи, произведенной въ теченіе:

1-й недѣли болѣзни въ 5 случаяхъ (№№ 40, 46, 47, 20 и 51) смерть наступила на 5,5-й день послѣ операціи и на 9,6-й день болѣзни.

2-й недѣли болѣзни въ 8 случаяхъ (№№ 29, 73, 11, 44, 41, 46, 62 и 52) смерть наступила на 17,1-й день послѣ операціи и на 26,7-й день болѣзни.

Спустя 2 недѣли болѣзни въ 3 случаяхъ (№№ 54, 1 и 66) смерть наступила на 12,3-й день послѣ операціи и на 31,3 день болѣзни.

Неизвѣстно въ 2 случаяхъ (№№ 36 и 67).

Изъ этой таблицы мы видимъ, что *при болѣе раннихъ* операціяхъ смерть наступала въ 3 раза *скорѣе* послѣ операціи, чѣмъ *при болѣе позднихъ*, и весь періодъ болѣзни былъ гораздо короче.

Эта неблагопріятная особенность раннихъ операцій еще нагляднѣе выступаетъ при совмѣстномъ распредѣленіи оперированныхъ случаевъ съ благопріятнымъ и съ летальнымъ исходомъ. Именно:

изъ	9	чел., оперир.	въ 1-ю	нед. бол.,	ум. 5 чел., что=55,6% см.
»	32	» »	» 2-ю	» »	» 8 » » =25% »
»	26	» »	спустя 2	» »	» 3 » » =11,5% »

Здѣсь мы повторимъ сказанное на стр. 363, что причина болѣе частыхъ роковыхъ исходовъ и неблагопріятнаго послѣопераціоннаго теченія въ случаяхъ съ болѣе раннею операціей лежитъ *не въ раннемъ срокѣ операціи*, которая, наоборотъ, въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ должна была бы быть еще болѣе ранней, а въ болѣе сильной вирулентности инфекціи, быстрѣе убивающей больныхъ, не смотря даже на раннюю операцію, или удлиняющей процессъ выздоровленія сравнительно съ другими случаями съ меньшей вирулентностью инфекціи, даже и при болѣе поздней операціи ихъ.

Этотъ выводъ еще наглядно подтверждается разборомъ каждаго случая въ отдѣльности. Такъ, въ *случаѣ № 40* мы имѣемъ дѣло съ *первичнымъ* диффузнымъ *гнойно-гнилостнымъ перитонитомъ*, вызваннымъ прободеніемъ червеобразнаго отростка непосредственно въ свободную брюшную полость. Операція, произведенная тотчасъ по поступленіи больной и на 3-й день послѣ прободенія, не могла спасти больной при столь жестокой инфекціи.

Въ *случаѣ № 46*, если и было вокругъ перфорировавшаго червеобразнаго отростка первичное образованіе гнойника, то его прободеніе въ свободную брюшную полость произошло уже на 2-й или 3-й день, а болѣе вѣроятно, что съ самого начала болѣзни имѣлся уже разлитой перитонитъ, большее же скопленіе гноя у червеобразнаго отростка, заставляющее предполагать здѣсь первичный гнойникъ, вызвано непосредственнымъ сосѣдствомъ источника инфекціи. Въ этомъ случаѣ имѣлся, кромѣ того, *гнойный правосторонній сальпингитъ*, не оставшійся, конечно, безъ вліянія на весь процессъ.

Въ *случаѣ № 47* также имѣемъ дѣло съ *первичнымъ* диффузнымъ фибринозно-гнойнымъ, гнилостнымъ перитонитомъ. Кромѣ того, здѣсь было неблагопріятное для перитифлитовъ осложненіе *беременностью*. Шансы операціи здѣсь были весьма незначительны.

Въ *случаѣ № 20* операція произведена уже на слабой больной, тотчасъ по поступленіи ея въ больницу и на 6-й день болѣзни. Здѣсь разлитой перитонитъ (гнойно-гнилостный) могъ быть или первичнымъ, или вторичнымъ, развившимся вскорѣ послѣ прободенія червеобразнаго отростка, съ весьма тяжелой инфекціей, что быстро повлекло смерть больной.

Въ *случаѣ № 51* операція произведена уже на 7-ой день болѣзни и послѣопераціонное теченіе вначалѣ пошло было глазко, но присоединившееся *гнойное воспаленіе легкихъ* повлекло за собою смерть больной на 13-ый день послѣ операціи и 19-ый день болѣзни.

Въ *случаѣ № 29* имѣлся разлитой *гнойно-гнилостный* перитонитъ, происшедшій вторично отъ прободенія перитифлитическаго гнойника. Вирулентность инфекціи была весьма значительная; операція произведена уже на крайне слабой больной. Смерть черезъ 10 часовъ послѣ операціи и на 8-ой день болѣзни.

Въ *случаѣ № 36* начало болѣзни точно не обозначено, но оно во всякомъ случаѣ относится за нѣсколько дней до поступленія больной въ больницу.—Ко дню операціи, произведенной на другой день, имѣлся уже разлитой перитонитъ. Полная гангрена червеобразнаго отростка указываетъ на тяжесть случая.

Въ ниже же приведенныхъ случаяхъ инфекція уже не отличалась такою большою вирулентностью, поэтому и не такъ скоро наступалъ смертельный исходъ, какъ въ предыдущихъ случаяхъ. Но все же и въ этихъ случаяхъ имѣлись осложненія и другія условія, которыя, какъ мы сейчасъ увидимъ, способствовали неблагопріятному теченію болѣзни: такъ,

Въ *случаѣ № 73* послѣопераціонное теченіе шло вначалѣ вполнѣ удовлетворительно, но скоро сталъ развиваться *забрюшинный гнойникъ* и почти одновременно съ тѣмъ столь тяжелое осложненіе, какъ *множественные абсцессы печени*. Смерть отъ сепсиса на 29-мй день послѣ операціи и на 37 день болѣзни.

Въ *случаѣ № 11* также вначалѣ имѣлся ограниченный перитифлитическій гнойникъ и послѣ операціи дѣло шло вначалѣ вполнѣ гладко, но впослѣдствіи, также какъ и въ предыдущемъ случаѣ, стали развиваться затеки и скоро присоединился *общій перитонитъ*, повлекшій за собою смерть на 40-ой день послѣ операціи и на 48-ой день болѣзни. Кромѣ того, здѣсь имѣлся *перетибъ восходящей толстой кишки*, спустившейся книзу и прирощенной къ лѣвой сторонѣ слѣпой кишки.

Въ *случаѣ № 44* вскорѣ послѣ операціи появились признаки относительной *кишечной непроходимости*, а затѣмъ развилась тяжелая форма *волокнисто-гнойнаго воспаленія легкаго*, послужившая причиной смерти. На вскрытіи кромѣ гнеймонiи найденъ также и заворотъ flex. sigmoidеae на 180°, удерживаемый въ такомъ положеніи сращеніями съ тазовой стѣнкой.

Въ *случаѣ № 41* больная долго отказывалась отъ операціи, согласившись на нее только in extremis. Здѣсь, помимо того, имѣлась *7-ми мѣсячная беременность*. Ежедневно производившіяся больной клизмы также нельзя отнести къ благопріятнымъ моментамъ.

Въ *случаѣ № 45* больная погибла при явленіяхъ нарастающей слабости, но при продолжающемся до самаго конца хорошемъ самочувствіи. Въ мочѣ констатировано большое количество бѣлка, а на вскрытіи найдено острое паренхиматозное воспаленіе почекъ (*Nephritis parenchymatosa acuta*), которое и послужило непосредственной причиной смерти, послѣдовавшей на 3-ей день послѣ операціи и на 13-ый день болѣзни.

Въ *случаѣ № 62* мы имѣемъ, хотя и не общій, но занимающій всю нижнюю половину брюшной полости, нарастающій *фибринозно-гнойный перитонитъ*. Первое время послѣопераціонное теченіе шло довольно гладко, но затѣмъ стали развиваться затеки гноя въ маломъ тазу съ переходомъ налѣво, а также присоединилось *гнойное воспаленіе легкаго*. Смерть послѣдовала на 26-ой день послѣ операціи и на 37-ой день болѣзни.

Въ *случаѣ № 52* мы также имѣемъ длительное послѣопераціонное теченіе (смерть на 23-ій день послѣ операціи и на 36-ой

день болѣзни) и также съ большими *гнойными затеками и обширными сращеніями петель кишекъ*, особенно flex. sigmoideae, повернувшейся на 90° вокругъ оси и фиксированной въ такомъ положеніи, что вызывало неполную *кишечную непроходимость*; подъ конецъ присоединилось прободеніе flex. sigmoideae Больная умерла при явленіяхъ *censica* (parotitis).

Въ случаѣ № 54 прощупываемая перитифлитическая опухоль благодаря ея особенностямъ была принята, какъ о томъ говорилось на стр. 307—310, за раздутую правую трубу. Эта ошибка въ діагнозѣ немного замедляла показанія къ операціи. Обширныя сращенія петель тонкихъ кишекъ и flex. sigmoideae, обусловливали относительную кишечную непроходимость, что являлось также неблагопріятнымъ осложненіемъ. Разлитой перитонитъ—гнойно-пластный—развился вторично. Смерть на 6-ой день послѣ операціи и на 22-ой день болѣзни.

Въ случаѣ № 1 въ первые дни пребыванія больной въ больницѣ имѣлось типичное теченіе ограниченнаго перитифлита, но въ то время господства пробныхъ пункцій отрицательный результатъ послѣднихъ побудилъ медлить съ операціей (произведенной на 25-й день болѣзни и на 20-ый поступленія въ больницу), хотя и имѣлись такія нѣкія указанія на присутствіе гноя, какъ выпѣленіе. Произведенное за нѣсколько дней до смерти опорожненіе гнойника черезъ задній сводъ уже не могло спасти больную. На вскрытіи обнаружено, что перитифлитическій гнойникъ прорвался черезъ слѣпую кишку.

Въ случаѣ № 66 имѣлось осложненіе *миліарнымъ туберкулезомъ* и *туберкулезнымъ перитонитомъ*. Теченіе хроническое — смерть на 27-ой день послѣ операціи и на 44-ый день болѣзни.

Въ случаѣ № 67 начало заболѣванія не отмѣчено, но во всякомъ случаѣ больная поступила въ больницу для операціи въ слишкомъ запущенномъ состояніи, такъ что оперативное вмѣшательство не могло спасти ее и она умерла отъ истощенія на 20-ый день послѣ операціи.

Глава VI.

Осложненія.

Осложненія перитифлитовъ мы разсмотримъ въ слѣдующихъ 3 группахъ:

1) Осложненія, представляющія собою распространеніе того же инфекціоннаго процесса въ другихъ органахъ, какъ смежныхъ, такъ и отдаленныхъ отъ червеобразнаго отростка.

2) Осложненія, вызываемыя механическими условіями, создаваемыми перитифлитическимъ процессомъ и

3) Осложненія, не находящіяся въ непосредственной связи съ перитифлитомъ, но по своей частотѣ и большому вліянію на теченіе перитифлита и, наоборотъ, по вліянію перитифлита на нихъ, заслуживающія быть отмѣченными на ряду съ предыдущими осложненіями.

1) *Осложненія, представляющія собою распространеніе тою же инфекціоннаго процесса въ другихъ органахъ, какъ смежныхъ, такъ и отдаленныхъ отъ червеобразнаго отростка.*

Воспалительный процессъ, развившійся въ червеобразномъ отросткѣ и перешедшій на сопредѣльную съ нимъ часть брюшины, можетъ распространиться ядальше: или a) *непосредственнымъ путемъ*, или b) *черезъ лимфатическіе сосуды*, или, наконецъ, c) *черезъ посредство кровеносной системы* въ самые отдаленные органы.

ad a) Sonnenburg, классифицируя перитифлиты по патолого-анатомическому измѣненію червеобразнаго отростка, разсматриваетъ даже типичные перитифлитическіе гнойники, но при присутствіи прободенія отростка, какъ осложненія простого аппендицита (appendicitis simplex). Намъ такое выдѣленіе типичныхъ случаевъ въ группу осложненій кажется неудобнымъ, т. к. здѣсь ради классификаціи приносится въ жертву какъ цѣльность клинической картины, такъ и общепринятое понятіе о перитифлитическихъ гнойникахъ. Образовавшійся гнойникъ вокругъ червеобразнаго отростка и слѣпой кишки представляетъ собою опредѣленную клиническую и патолого-анатомическую форму, раздѣлять которую на два вида (типичный перитифлитъ и осложненіе простого аппендицита) только на томъ основаніи, что въ одномъ случаѣ возбудитель нагноенія проникъ прямо черезъ прободное отверстіе, а въ другомъ —черезъ стѣнку червеобразнаго отростка, является большой натяжкой.

Нагноительный процессъ правой подвзошной ямки можетъ непосредственно шагъ за шагомъ распространиться или по всей брюшной полости въ видѣ *общаго перитонита*, или въ видѣ *отдѣльныхъ затековъ* въ различнѣйшихъ направленіяхъ, или, наконецъ, развившись внѣбрюшинно, или же разрушивъ брюшину и перейдя въ забрюшинную клѣтчатку, распространиться по послѣдней также въ разнообразной формѣ.

Мы остановимся здѣсь только на тѣхъ видахъ *затековъ*, которые, хотя и представляютъ собою дальнѣйшее развитіе перитифлитическаго гнойника, но по своимъ особенностямъ какъ мѣстонахожденія, такъ и симптомовъ, выдвигаются на первый планъ, нерѣдко отодвигая первоначальный источникъ на задній, оставляя за нимъ значеніе этіологическаго момента.

Подкожная флегмона.—Перитифлитическій гной благодаря своимъ гнилостнымъ свойствамъ обладаетъ очень большою разрушающею способностью. Прорвавъ брюшину и мышечный слой, онъ быстро распространяется по подкожной клѣтчаткѣ, давая картину тяжелой подкожной флегмоны, иногда колоссальныхъ размѣровъ. Развитіе подкожной флегмоны, наблюдаемое въ запущенныхъ случаяхъ, въ поздныхъ стадіяхъ болѣзни, въ настоящее время благодаря раннему распознаванію перитифлитовъ и раціональному леченію ихъ встрѣчается рѣдко. Если больной попадаетъ подъ наблюденіе врача уже съ развитой подкожной флегмоной, то къ этому времени явленія перитифлита стихаютъ и поэтому онъ не всегда можетъ быть распознанъ. Нами наблюдались такіе случаи 3 раза, именно въ случаяхъ №№ 24 и 34 и 67 хир. Первые двѣ больныя были приняты съ діагнозомъ подкожной флегмоны передней стѣнки живота. Въ случаѣ № 24 больная относитъ начало заболѣванія за 4 дня до поступленія. Однако, размѣры флегмоны и величина самого перитифлитическаго гнойника заставляютъ усумниться въ точности анамнестическихъ данныхъ больной. Начало и весь періодъ развитія перитифлитическаго гнойника, какъ и значительно подвинувшееся впередъ развитіе подкожной флегмоны, достигшей уже величины куринаго яйца, протекли для больной незамѣченными, и безъ сомнѣнія, только явленія наступающаго сепсиса заставили пацiентку счесть себя нездоровой, къ какому времени она впервые замѣтила большую опухоль брюшной стѣнки. Въ случаѣ № 34 отъ начала заболѣванія до поступленія въ больницу прошло 4 недѣли; анамнестическія данныя въ этомъ случаѣ давали только нѣкоторое указаніе на заболѣваніе червеобразнаго отростка. Въ случаѣ № 67

имѣлся типичный перитифлитъ съ предшествовавшими припадками. Больная поступила въ больницу, однако, въ слишкомъ запущенномъ состояніи, черезъ 4 мѣсяца. Перитифлитическій гнойникъ занялъ громадную часть брюшной полости (отъ реберная края до лобка), прорвалъ мышечный слой брюшной стѣнки *у наружнаго края m. recti sin.* и разлился въ подкожной клѣтчаткѣ почти всей нижней половины живота. Въ этомъ случаѣ послѣдовала смерть отъ истощенія.

Въ данныхъ случаяхъ перитифлитическіе гнойники прорвали мышечный слой брюшной стѣнки спереди; такимъ же образомъ они могутъ прорваться и кзади, къ *m. quadratus lumborum* и вызвать подкожныя *поясничныя и спинныя* флегмоны, или же распространиться по ходу бедренныхъ сосудовъ и прорваться *подъ Пупартовой связкой*, появляясь на поверхности бедра, или же выйти изъ таза вмѣстѣ съ m. psoas и появиться *у trochanter minor* и т. д.

Случаевъ колоссальныхъ размѣровъ флегмонъ перитифлитическаго происхожденія опубликовано множество. Такъ Langheld приводитъ случай, гдѣ флегмона доходила вверхъ до подмышечной впадины и внизъ до колѣна. Въ случаѣ Volz'a вся мускулатура живота, груди и спины до лопатки превратилась въ гнилостный распадъ. Fowler приводитъ 2 случая, гдѣ флегмона занимала поясничную и спинную область.

Такія флегмоны требуютъ, конечно, широкаго вскрытія при помощи множественныхъ и большихъ разрѣзовъ. Meusser[1]) приводитъ случай колоссальной флегмоны живота, гдѣ Riedel наложилъ «wahre Ladkarte», чтобы вскрыть всѣ затеки. Въ другихъ подобныхъ случаяхъ Riedel дѣлалъ громадные разрѣзы, т. наз. «Halbierungsschnitte», начиная спереди параллельно Пупартовой связкѣ, черезъ crista ilei почти до позвоночника, а въ 2 случаяхъ ему пришлось резецировать большой кусокъ правой подвздошной кости.

Большинство случаевъ *паранефритическихъ нарывовъ* прежнихъ авторовъ относятся къ этой же группѣ. Иногда діагнозъ не устанавливается и операціей.

Гораздо бо́льшій интересъ и большое практическое значеніе имѣетъ распространеніе перитифлитическаго гноя по забрюшинной клѣтчаткѣ вверхъ позади colon ascendens къ діафрагмѣ, съ образо-

[1]) l. c.

ваніемъ здѣсь *поддіафрагмальныхъ нарывовъ*. На первый взглядъ кажется страннымъ образованіе затековъ вверхъ, но надо замѣтить, что при лежачемъ положеніи на спинѣ, въ которомъ больные находятся во время болѣзни, поддіафрагмальное пространство соотвѣтствуетъ низшей точкѣ, подвздошная ямка высшей, а поверхность m. psoas представляетъ покатую плоскость отъ послѣдней къ первой, такъ что распространеніе здѣсь гноя совершается по законамъ тяжести (Maydl [1]), Curschmann, Sänger, Fink [2]), Лангъ [3]) и Körte на опытахъ со впрыскиваніями въ забрюшинную клѣтчатку красящихъ веществъ и желатины показали, что жидкость, проникая позади colon ascendens, скопляется по преимуществу въ области почки и задняго края печени подъ діафрагмой. По Турнеру поддіафрагмальные нарывы развиваются при перитифлитахъ, когда червеобразный отростокъ заложенъ ненормально за брюшиной; однако, такое положеніе не представляетъ безусловной необходимости: перитифлитическій нарывъ можетъ лежать внутрибрюшинно и, прорвавъ брюшинный листокъ, распространиться по забрюшинной клѣтчаткѣ.

Путь развитія поддіафрагмальныхъ нарывовъ по *забрюшинной клѣтчаткѣ* является, однако, болѣе рѣдкимъ по сравненію съ другими путями: такъ Б. К. Финкельштейнъ, собравшій изъ литературы 45 случаевъ поддіафрагмальныхъ нарывовъ перитифлитическаго происхожденія, только въ 5 случ. (случаи Bruzelius'a и Key'я, Coupland'a, Körte, Склифасовскаго и A. Fränkel'я) нашелъ распространеніе гноя по забрюшинной клѣтчаткѣ, въ остальныхъ же случаяхъ гной проникъ другими путями, изъ которыхъ болѣе частый (въ 32 случ.) внутрибрюшинный.

Sachs [4]) даже совершенно отрицаетъ образованіе поддіафрагмальныхъ нарывовъ внѣбрюшинно.

Путь внутрибрюшиннаго распространенія перитифлитическаго гнойника вверхъ къ діафрагмѣ лежитъ или по наружной поверхности colon ascend., или между петлями тонкихъ кишекъ, склеившимися другъ съ другомъ или съ сальникомъ, или же поддіафрагмальные нарывы образуются благодаря ненормально высокому по-

[1]) Mayd l. Ueber subphrenische Abscesse.—Wien. Jos. Safar. 1894.
[2]) Цит. по Финкельштейну, Б. К. Къ патологіи и терапіи поддіафрагмальныхъ нарывовъ. С.-Петербургъ. Диссерт. 1897.
[3]) Лангъ. Поддіафрагмальные нарывы.—Дисс. Москва. 1895.
[4]) Sachs. Der subphrenische Abscess im Anschluss an die perityphlitische und perinephritische Eiterung.—Arch. f. klin. Chir. 1895.

ложенію червеобразнаго отростка. Такъ напр. Weber [1]) приводитъ 9 случаевъ поддіафрагмальныхъ нарывовъ въ теченіе перитифлита (на 350 случ.) и изъ нихъ въ 6 случ. слѣпая кишка и червеобразный отростокъ лежали вблизи печени.

Интересное объясненіе развитію поддіафрагмальныхъ нарывовъ при перитифлитахъ даетъ Leyden: черезъ пробойное отверстіе проникаетъ газовый пузырь, который по законамъ тяжести поднимается вверхъ, появляется надъ куполообразной поверхностью печени и вызываетъ здѣсь вторичный, отдаленный отъ первичнаго мѣста поддіафрагмальный нарывъ.

Распространеніе гноя внутри-брюшинно дѣлаетъ возможнымъ появленіе поддіафрагмальныхъ нарывовъ подъ *лѣвымъ* куполомъ грудобрюшной преграды, такъ какъ фистулезные ходы между петлями кишекъ могутъ принять разнообразнѣйшее направленіе. Подобные случаи описаны Holmbol'емъ и E. Bull'емъ [2]), Needo-n'омъ [3]), Körte [4]), Leyden'омъ и Renvers'омъ [5]), Herzog'омъ [6]) и др. Сюда же относятся и нашъ случай № 7 тер., приводимый ниже.

Въ этіологіи поддіафрагмальныхъ нарывовъ заболѣваніе червеобразнаго отростка занимаетъ второе мѣсто. По даннымъ Б. К. Финкельштейна на 282 случ. поддіафрагмальныхъ нарывовъ 41 случ. были перитифлитическаго происхожденія—т. е., въ 18,7% первое же мѣсто принадлежитъ заболѣваніямъ желудка—именно 67 случ. т. е. 26,6%.

Образованіемъ поддіафрагмальныхъ нарывовъ не ограничивается дальнѣйшее распространеніе перитифлитическаго гноя: благодаря его гнилостнымъ разъѣдающимъ свойствамъ *діафрагма подвергается распаду съ образованіемъ прободеній*, черезъ которыя гной устремляется при бурныхъ клиническихъ явленіяхъ или въ *плевральные мѣшки* съ развитіемъ *руо*—или *pyopneumo-thorax*, или, при имѣющихся сращеніяхъ основанія *легкаго* съ діафрагмой, въ *легкое* и *бронхи* и *оттуда съ мокротой наружу*.

Просматривая казуистическій матеріалъ, собранный Б. К. Финкельштейномъ, мы находимъ на 45 случаевъ поддіафрагмаль-

[1]) Weber. J. Zur Casuistik der subphrenischen Abscesse nach Appendicitis.—Deut. Zeitschr. f. Chir. Bd. LIV. 1900.
[2]) Holmbol u. E. Bull. Norsk Magasin far Laegevidensk. 1876 – цит. по Centralbl. für Chir. 1877.
[3]) Needon.—Wiener med. Presse 1869.
[4]) Körte. Ueber chir. Behandl. der Perityphlitis.—Berlin. klin. Wochensch. 1891.
[5]) Leyden und Renvers.—Berlin. klin. Wochenschrift, № 46. 1892.
[6]) L. c.

ныхъ нарывовъ въ 18 случаяхъ прободеніе діафрагмы, а присоединяя сюда нашъ случай № 7 тер. и случаи Salzwedel'я [1]), Curschmann'а [2]), Sendler'а [3]), J. Holmbol'я и E. Bull'а, Wanach'а [4]), André et Michel'я [5]) и 5 случаевъ Herzog'а [6]), изъ которыхъ въ 7 случ. было прободеніе діафрагмы, мы получаемъ на 57 случаевъ поддіафрагмальныхъ нарывовъ въ 25 случаяхъ прободеніе діафрагмы, что составляетъ 43,8%, тогда какъ на всѣ 252 случая поддіафрагмальныхъ нарывовъ различнаго происхожденія было всего только въ 30 случ. прободеніе діафрагмы, т. е. въ 11,9%. Если же мы изъ этого общаго числа вычтемъ случаи перитифлитическихъ поддіафрагмальныхъ нарывовъ, то разница получится еще большая, именно на 207 случ. прободеніе грудобрюшной преграды наблюдалось только въ 12 случ. т.е. въ 5,8%. Сопоставленіе этихъ цифръ (43,8 и 5,8%) показываетъ, что склонность поддіафрагмально-перитифлитическаго гноя пробиваться черезъ діафрагму въ 7 разъ больше, чѣмъ поддіафрагмальнаго гноя другого происхожденія.

Наоборотъ, развитіе *плеврита* при неповрежденной діафрагмѣ при перитифлитическихъ поддіафрагмальныхъ нарывахъ наблюдается рѣже, чѣмъ при другихъ поддіафрагмальныхъ нарывахъ. Такъ въ вышеупомянутомъ казуистическомъ матеріалѣ такихъ случаевъ отмѣчено только 5 (случаи Habershon'а, Moritz'а, Sonnenburg'а, Herrog'а, André et Michel), что составляетъ 8,8%, а если не считать перфоративные случаи, то эти 5 случаевъ приходятся на 32 случая, что равняется 15,6%, тогда какъ по даннымъ д-ра Б. К. Финкельштейна осложненіе плевритомъ поддіафрагмальныхъ нарывовъ различнаго происхожденія встрѣчается въ 28,2%.

Если прорывъ поддіафрагмальнаго гнойника черезъ грудобрюшную преграду въ плевральный мѣшокъ является по своимъ по слѣдствіямъ въ большинствѣ случаевъ роковымъ, то прорывъ въ легкое и въ бронхъ иногда можетъ сдѣлаться благодѣтельнымъ: въ такихъ случаяхъ происходитъ опорожненіе гноя съ кашлемъ наружу, какъ при прободеніи перитифлитическаго гнойника въ кишечникъ. Такъ, J. Holmbol и Bull наблюдали случай, гдѣ гнойникъ достигъ громадныхъ размѣровъ, перфорировалъ діафрагму и легкое и былъ выкашлянъ черезъ дѣвый (?) бронхъ съ исходомъ въ выздоровленіе. Curschmann также упоминаетъ случай выздоровленія послѣ прободенія легкаго и бронха. Въ случаѣ Starke [1]) на 13-мй день болѣзни при явленіяхъ удушья, общаго ціаноза, проливного пота, и непроизвольнаго отхожденія кала, выдѣлилось съ небольшими перерывами $1^1/_2$ литра крайне вонючей, жидкой, сѣро-желтой мокроты. Явленія же со стороны легкихъ держались продолжительное время и только спустя 5 мѣсяцевъ отъ начала заболѣванія наступило полное выздоровленіе. Въ случаѣ Nowack'а черезъ 2 м. болѣзни произошло прободеніе въ бронхъ съ отхожденіемъ съ мокротой большого количества гноя, а черезъ мѣсяцъ послѣ того послѣдовало выздоровленіе. — Въ случаѣ Salzwedel'я, Barker'а [2]) и др. также наступило выздоровленіе послѣ того какъ перитифлитическій гнойникъ прорвался черезъ діафрагму и легкое и былъ выхаркнанъ. Въ случаяхъ Jeanmaire [3]) и Sachs'а [4]) перитифлитическій гнойникъ, протекавшій нѣкоторое время подъ видомъ воспаленія легкаго, также прорвался черезъ бронхъ, что повело къ выздоровленію. Въ случаяхъ Paetsh'а и A. Fränkel'я также наблюдалось выздоровленіе при прободеніи легкаго и отхожденіи громаднаго количества гнойной мокроты, но въ ихъ случаяхъ кромѣ того была произведена операція эмпіемы. Въ случаяхъ же Bamberger'а и Heyden'а, хотя послѣ прободенія и отошло большое количество гноя, но наступила смерть отъ истощенія.

Въ *нашемъ же случаѣ* прободеніе легкаго вызвало непосредственно вслѣдъ за собою смерть (черезъ 6 часовъ отъ момента прободенія).

Наша больная поступила въ больницу уже въ поздней стадіи болѣзни съ легочными и плевральными явленіями, такъ что вначалѣ діагнозъ склонялся къ крупозному воспаленію легкихъ.

Нашъ случай представляетъ еще тотъ интересъ, что здѣсь прободеніе произошло *черезъ лѣвое легкое*, что относится къ чрезвычайно рѣдкимъ явленіямъ.

Случай этотъ слѣдующій:

[1]) Salzwedel.—Deutsche med. Wochenscrh. № 4. 1891.
[2]) L. c.
[3]) Sendler. Zur chir. Behandl. der Perityphlitis.—Münch. med. Wochenschrift. № 50. 1892.
[4]) Wanach.—St. Petersburger med. Wochenschrift. p. 199. 1895.
[5]) L. c.
[6]) André et Michel. Appendicite. Complications pleuropulmonaires. Mort par vuique.—Gaz. hebd. de méd. et de chir. № 11. 1901.

[1]) Цит. по В. К. Финкельштейну.
[2]) Barker A. E. A clinical lecture on some unusual sequel of epityphlitis. Brit. med. Journ. July 7. 1900.
[3]) Jeanmaire. Appendicite avec abscès lombaire ouvert dans les bronches; guérison.—Gaz. hebd. de méd. et de chir. Mars. 1900.
[4]) Sachs. Centralbl. für Chir. № 32. p. 829. 1900.

№ 7 тер. *Елена Бѣл.*, мѣщ., дѣв., 18 лѣтъ. Поступила въ больницу 1-го іюля 1891 г., *умерла* 11-го іюля въ 12 ч. дня.

Anamn. Заболѣла 15-го іюня ознобомъ, жаромъ, болью въ животѣ, особенно справа. Рвоты не было. 28 — 29-го іюня появилось колотье въ правомъ боку насморкъ и боль въ горлѣ.

St praes. Больная хорошаго тѣлосложенія и питанія. Языкъ немного обложенъ. Животъ напряженъ, сильно вздутъ, особенно въ лѣвой половинѣ, неболѣзненъ. На крестцѣ начинающійся пролежень. Въ легкихъ: притупленіе перкуторнаго тона спереди справа съ III-го ребра и сзади отъ угла лопатки до низу; при выслушиваніи — ослабленное дыханіе, мѣстами какъ бы бронхіальное; хриповъ не слышно. Правая граница сердца не опредѣляется; толчекъ въ IV промежуткѣ по l. mamillaris; тоны чисты. Въ зѣвѣ краснота; на лѣвомъ краю языка и передней дужкѣ небольшія язвочки. Больная жалуется на боль при глотаніи и боль живота подъ ложечкой и въ области восходящей толстой кишки. Стула не было. t° утр. 2/VII 39,4. Пульсъ 116. Дых. 24. t° веч. 39,3.

3/VII. t° утр. 38,6. Пульсъ 112. Дых. 32. Спала плохо. Былъ жидкій стулъ. Болей въ животѣ больная не чувствуетъ. Въ легкихъ: сзади слѣва снизу притупленіе перкуторнаго тона и слабое бронхіальное дыханіе. Слюнотеченіе. Мокрота слизисто-гнойная въ небольшомъ количествѣ. Per rectum (virgo intacta): матка увеличена, дно ея отклонено кзади; присутствіе эксудата въ тазу опредѣлить не удается. t° веч. 38,8.

4/VII. t° утр. 38,8. Пульсъ 108. Дых. 48. Сонъ и аппетитъ плохой. Стулъ былъ 2 раза, жидкій. Языкъ сухой и обложенный. Животъ вздутъ попрежнему, небольшая боль въ epigastrium. Въ легкихъ притупленіе тона сзади слѣва отъ угла лопатки до низу; бронхіальнаго дыханія и хриповъ не слышно. Притупленіе справа (высокое стояніе печени?) попрежнему. Больная жалуется на колотье въ правомъ боку и частый сухой кашель, мокроты немного, слизисто-гнойная, съ лнѣздами ржаваго цвѣта. t° 38,5.

5/VII. t° утр. 38,7. Пульсъ 112. Дых. 28. Стула не было. Языкъ суховатъ, обложенъ. Притупленіе сзади снизу попрежнему, слѣва ослабленное дыханіе. Мокрота слизисто-гнойная въ небольшомъ количествѣ. Животъ немного мягче. Изслѣдованіе per rectum ничего особеннаго не обнаруживаетъ. t° веч. 38,8.

6/VII. t° 38,0. Пульсъ 116. Спала плохо. Животъ менѣе вздутъ и мягче. Былъ 3 раза жидкій стулъ. Въ легкихъ попрежнему притупленіе тона сзади съ обѣихъ сторонъ. Мокроты очень мало. t° веч. 38,8.

7/VII. t° утр. 37,3. Пульсъ 88 — 92. Дых. 20. Языкъ немного обложенъ. Былъ 2 раза жидкій стулъ. Ночью знобило. При перкуссіи живота притупленіе тона внизу и слѣва и небольшая чувствительность. Мочи 350 куб. снтм., удѣл. вѣса 1,022, кислой реакціи, бѣлка и сахару нѣтъ. t° веч. 38,3.

8/VII. t° утр. 37,1. Пульсъ 90—100. Дых. 24. Былъ 2 раза жидкій стулъ. Спала хорошо. Аппетитъ плохой. t° веч. 38,5.

9/VII. t° утр. 38,1. Пульсъ 96. Дых. 24. Спала хорошо. Стула не было. Языкъ и язвочки во рту очищаются. Толчекъ сердца въ III и IV промежуткѣ, тоны чисты. Небольшая боль въ области восходящей и нисходящей частяхъ толстой кишки. Животъ нѣсколько болѣе вздутъ. Тошноты нѣтъ. Кашель рѣдкій, мокрота слизисто-гнойная, въ небольшомъ количествѣ. t° веч. 38,4.

10/VII. t° утр. 37,7. Пульсъ 96. Дых. 24. Спала порядочно, стула не было. Языкъ чистый, язвочки очищаются и заживаютъ. Животъ вздутъ нѣсколько болѣе, при ощупываніи болѣзненность въ лѣвой половинѣ, особенно внизу. t° веч. 37,7

11/VII. t° утр. 39,0. Пульсъ 140. Дых. 44. Въ 6 час. утра у больной появился приступъ кашля, затѣмъ ее вырвало и начала отдѣляться жидкая мокрота, окрашенная въ бурокрасный цвѣтъ, съ сильнымъ запахомъ, дыханіе также стало очень зловонно. Сзади слѣва отъ угла лопатки на мѣстѣ бывшаго тупого тона появился тимпаническій. Больная слаба, ціанозъ и затрудненное дыханіе. Въ 12 ч. дня exitus.

12/VII. Вскрытіе.

Diagn. anat. Pneumonia catarrh. lobi infer. sin. Pleuritis diaphragmatica cum perforatione pulm. sin. Hyperplasia acuta lienis. Nephritis parenchym. acuta. Gastritis acuta. Appendicitis acuta cum perforatione. Peritonitis purulenta. Abscessus retroperitonealis.

Прободеніе поддіафрагмальныхъ перитифлитическихъ нарывовъ въ околосердечную сумку еще не наблюдалось ни разу, что объясняется преимущественнымъ правостороннимъ положеніемъ ихъ. Серозно-фибринозный же выпотъ въ перикардіѣ наблюдали Bruzelius-Key и Eisenlohr.

Какъ ретроцекальная клѣтчатка поднимается вверхъ къ околопочечному и поддіафрагмальному пространству, такъ по изслѣдованіямъ Charpy[1]) и P. Delbet[2]) прецекальная клѣтчатка (le tissu cellulaire précaecale) продолжается въ *предпузырную*. По мнѣнію Tuffier[3]) большая часть *предпузырныхъ гнойниковъ* (въ *cavum Retzii*) аппендикулярнаго происхожденія, а не мочеполового, какъ это до сихъ поръ принималось большинствомъ авторовъ. Въ исторіяхъ болѣзни опубликованныхъ случаевъ указывается на разстройства кишечника, что подтверждаетъ предположеніе Tuffier. Самъ Tuffier наблюдалъ 17-лѣтняго мальчика, стра-

[1]) Charpy.—La gaine des muscles droits et la cavité prévésicale. — Rev. de chir. Fév. et mars. 1888.

[2]) P. Delbet.—Les suppurations pelviennes chez la femme. Paris, 1890.

[3]) Tuffier.—Abscès prévésicaux par appendicite.—La semaine médicale. 1894. p. 557.

давшаго около 3-хъ лѣтъ болями въ правой подвздошной области. Опухоль ясно опредѣлялась надъ лобкомъ. При разрѣзѣ выдѣлился гной съ каловыми массами. Черезъ $4^1/_2$ мѣс. вторичная операція свища, при которой былъ ампутированъ перфорированный червеобразный отростокъ и часть слѣпой кишки. Излеченіе.

Признаки, на которые указываетъ Tuffier какъ на характерные и заставляющіе думать объ аппендикулярномъ происхожденіи *гнойниковъ въ cavum Retzii*, слѣдующіе: наибольшая болѣзненность справа, опухоль, ассиметричная вправо же, хотя бы сама fossa iliaca и не представляла измѣненій, и отсутствіе со стороны мочевого аппарата разстройствъ, на столько значительныхъ, чтобы въ нихъ видѣть причину нагноенія.

Ad b) Распространеніе инфекціи отъ червеобразнаго отростка по лимфатическимъ и млечнымъ сосудамъ хотя и наблюдается наиболѣе часто, но ведетъ къ заражевію лишь близлежащихъ внѣбрюшинныхъ и внутрибрюшинныхъ участковъ, ограничиваясь ими и являясь такимъ образомъ однимъ изъ способовъ развитія перитифлитическихъ гнойниковъ; только въ немногихъ случаяхъ инфекція этими путями распространяется на отдаленныя области; поэтому этотъ способъ распространенія инфекціи рѣдко даетъ какія либо болѣе или менѣе опредѣленныя формы помимо типичныхъ перитифлитическихъ гнойниковъ.

Описаны случаи, гдѣ нагноеніе далеко распространялось по лимфатическимъ и млечнымъ сосудамъ брыжейки: A. Fraenkel[1]) приводитъ случай, гдѣ при жизни предполагался абсцессъ печени, на вскрытіи же найденъ разрушенный червеобразный отростокъ и гнойная инфильтрація забрюшинной клѣтчатки кнутри отъ colon ascendens; эта *инфильтрація распространялась впередообразно по обоимъ листкамъ брыжейки тонкихъ кишекъ съ гнойнымъ распаденіемъ брыжеечныхъ железъ*, имѣлось также нагноеніе и въ *забрюшинныхъ железахъ*, всего было около 20 отдѣльныхъ гнойниковъ. Въ случаѣ Kijewsk'аго [2]) также имѣлись отдѣльные гнойники въ брыжейкѣ тонкихъ кишекъ. Oppenheimer[3]) тожи приводитъ случай перитифлита съ нагноеніемъ брыжеечныхъ забрюшинныхъ железъ, а Riedel[4]) недавно описалъ 3 подобныхъ

[1]) l. c.
[2]) Gaz. lekarska, 1894.
[3]) Oppenheimer.—Deutsch. medic. Wochenschrift, 1891, № 5.
[4]) Riedel. Arch. f. klin. Chir. 66 Bd. 1902.

случая при незначительныхъ измѣненіяхъ самаго червеобразнаго отростка.

О распространеніи инфекціи у *женщинъ по lig. appendiculo-ovaricum* см. стр. 292—348.

Нѣкоторые авторы указываютъ на *плевритъ*, какъ на частое осложненіе перитифлитовъ. Такъ Wolbrecht[1]) сообщаетъ изъ клиники Rerhardt'а о 34 такихъ наблюденіяхъ на 89 случаевъ перитифлита, что равняется 38,2%. Такая частота осложненія, внѣ сомнѣнія, весьма преувеличена; самое большее, если плевритъ въ теченіи перитифлита встрѣчается такъ же часто, какъ и абсцессы печени, какъ это принимаетъ напр. Dieulafoy[2]).

Плевриты бываютъ въ этихъ случаяхъ обыкновенно правосторонними, имѣютъ серозный характеръ и часто рецидивируютъ. Появленіе плевритовъ объясняется тѣмъ, что воспаленіе отъ перитифлитическаго очага распространяется по *лимфатическимъ путямъ* пристѣночнаго листка брюшины до діафрагмы, откуда благодаря многочисленнымъ анастомозамъ инфекція передается лимфатической системѣ плевральной полости (Sonnenburg).

Bamberger приводитъ два случая, гдѣ черезъ нѣсколько дней (въ 1 случаѣ на 6-й день) послѣ начала перитифлита появились признаки *поддіафрагмальнаго нарыва*. На вскрытіи найдены ограниченные перитифлитическіе гнойники съ перфорированнымъ червеобразнымъ отросткомъ и ограниченныя гнойныя полости между діафрагмой и печенью съ проведеніемъ первой и гангреной легкаго. Непосредственнаго сообщенія между перитифлитическими и поддіафрагмальными гнойниками не обнаружено, что заставляетъ думать, что нагноеніе отъ первыхъ очаговъ ко вторымъ передалось черезъ *лимфатическіе сосуды* (К. Б. Финкельштейнъ).

Другіе авторы (Dieulafoy, Lapeyre[3]) и др.), однако, и въ этихъ случаяхъ принимаютъ непосредственное внутрибрюшинное распространеніе инфекціи отъ первичнаго очага путемъ ложныхъ перепонокъ, сращеній и т. п. между colon ascendens и боковой или задней стѣнкой брюшины; на этомъ пути инфекціонные очаги могутъ имѣть минимальные, едва замѣтные размѣры, достигнувъ своего полнаго развитія лишь въ поддіафрагмальномъ пространствѣ и тѣмъ давая впечатлѣніе развитія нарывовъ «à distance».

[1]) Приведено у Sonnenburg'а.
[2]) Dieulafoy.—La pleurésie appendiculaire.—Bull. de l'acad. de méd. de Paris № 15, 1900.—La presse méd. № 32, 1900.
[3]) Lapeyre L. — Essai sur les complications perihépatiques et pleurales de l'appendicite.—Revue de chir. № 4 et № 5, 1901.

Такимъ же образомъ эти авторы объясняютъ и развитіе *плеврита*съ какъ бы на разстояніи, тогда какъ въ дѣйствительности инфекція доходитъ per continuitatem до подліафрагмальнаго пространства, гдѣ остановившись также на ступени незначительнаго развитія, черезъ лимфатическіе пути діафрагмы переходитъ въ плевральную полость и даетъ здѣсь ту или другую форму плеврита (фибринозную, серозную, гнойную или гнилостную).

Ad c). Наиболѣе разнообразныя и наиболѣе частыя и своеобразныя осложненія перитифлитовъ совершаются при помощи кровеносной системы.

Осложненія этого рода чаще, чѣмъ при вышеизложенныхъ путяхъ распространенія гноеродныхъ микробовъ, имѣютъ характеръ самостоятельныхъ заболѣваній, случайно присоединившихся къ перитифлиту: связь ихъ съ основнымъ страданіемъ иногда весьма трудно опредѣлить.

Распространеніе инфекціи происходитъ здѣсь путемъ образованія тромбовъ и эмболій, а тромбы v. appendicularis при аппендицитахъ необыкновенно частое явленіе. Dieulafoy въ одномъ случаѣ видѣлъ цѣлую сѣть затромбированныхъ венъ, окружавшихъ червеобразный отростокъ, хотя прободенія не было, а имѣлась одна только язва.

Если кусочки этихъ тромбовъ попадаютъ въ кругъ кровообращенія черезъ брыжжеечную и воротную вену, то они вызываютъ одно изъ самыхъ тяжелыхъ осложненій перитифлита—*пилефлебитъ съ абсцессами печени*, или какъ предложилъ Dieulafoy[1])—*аппендикулярную печень*:—«le foie appendiculaire». О такихъ случаяхъ сообщаютъ Ashby [2]), Dalton [3]), Aufrecht [4]), Gedron [5]), R. Fitz [6]), Meuzzer [7]), Führringer [8]), Körte [9]),

[1]) Dieulafoy.—Le foie appendiculaire.—La sem. méd. № 56. 1898.

[2]) Ashby.—A case of pyaemic abscess of the liver, secondary to an ulcer of the caecal appendix, resulting from impaction of a pin.—Lancet. II, p. 642, 1879.

[3]) Dalton H. C. — Three unique cases of supp. append.—St. Louis med. arc surg. Journ. v. LVII. № 3, 1889.

[4]) Aufrecht.—Berl. klin. Wochenschr. 1889.

[5]) Gedron.—Etude sur le pylephlébite suppurative.—Thèse de Paris. 1885.

[6]) Fitz R.—Amer. Journ. of med. Sc. Oct. p. 330, 1886.

[7]) Meuzzer. Ein Fall von Leberabscess in Folge von eitriger Pylephlebitis.—Inaug. Diss. 1888.

[8]) Führringer. Deutsche med. Wochenschr. № 5. 1891.

[9]) Körte.—Deutsche med. Wochenschrift. № 34, 1892.

Bielschowsky [1]), Einhorn [2]), Schede [3]), Ewald [4]), Achart [5]), Borchardt [6]), Fowler, Herzog, Sonnenburg, Meusser, Moritz [7]), Зубковскій [8]), Севастьяновъ [9]), Цейдлеръ [10]), Бѣляевъ [11]) и мн. др.

Насколько часто абсцессы печени являются осложненіемъ перитифлита, показываютъ слѣдующія данныя: Matterstock на 146 случаевъ перитифлита приводитъ 11 случаевъ абсцесса печени; Einhorn изъ 100 случаевъ перитифлита въ 6 случаяхъ нашелъ инфекціонныя эмболіи воротной вены съ пилефлебитомъ. Эти данныя, однако, надо считать преувеличенными, такъ какъ по новѣйшимъ наблюденіямъ абсцессы печени встрѣчаются рѣже: такъ, по Borchardt'у, на 398 случаевъ перитифлита абсцессы печени найдены только въ 5 случаяхъ, у Meusser'а на 59 случаевъ—только въ 1 случаѣ, у Herzog'а на 346 случаевъ — въ 3 случаяхъ; изъ нашего матеріала, обнимающаго 163 случая, абсцессы печени наблюдались въ 2 случаяхъ. Въ общемъ, абсцессы печени какъ осложненіе перитифлита встрѣчаются приблизительно въ 1%.

Присоединеніе пилефлебитовъ и абсцессовъ печени клинически выражается появленіемъ ознобовъ, ремиттирующей и даже интермиттирующей лихорадкой, рвотой, поносомъ, увеличеніемъ и болѣзненностью печени, желтухой; нѣкоторые авторы (Jackson) указываютъ на увеличеніе числа бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ и медленный пульсъ, желтуху же считаютъ менѣе важнымъ признакомъ. Но вообще, діагнозъ абсцессовъ печени весьма труденъ. Въ нашихъ обоихъ случаяхъ при жизни абсцессы печени не были распознаны. Въ 1-мъ *случаѣ* (№ 63 тер., стр. 340—341) имѣлось кромѣ того осложненіе *беременностью, затѣмъ послѣродовымъ періодомъ и общимъ перитони-*

[1]) Bielschowsky.—Beitrag zur Kenntnis der Pathologie und Therapie der einheimischen Leberabscesse.—Inaug. Diss. Berlin. 1893.

[2]) l. c.

[3]) Schede. -Berl. klin. Wochenschrift. № 47. p. 1202, 1892.

[4]) Ewald. Die chirurgische Behandlung der Perityphlitis. — Vortrag im ärzl. Verein zu Hamburg. 1892.

[5]) Achart Infection hépatique compliquant l'appendicite; pathogénie des abscès aréolaires du foie.— La sem. méd. p. 535, 1894.

[6]) l. c.

[7]) Moritz.—St. Petersburger med. Wochenschrift. p. 158, 1894.

[8]) Зубковскій.—Русская Медицина № 15. 1891.

[9]) Севастьяновъ.—Случай воспаленія печени у ребенка послѣ аппендицита.—Мед. Обозрѣн. № 9. 1893.

[10]) Цейдлеръ Г. Ф. Случай перитифлита съ печеночнымъ абсцессомъ. Прот. общ. врач. сов. при Спб. Обух. Больн. 1892.—Больничная газета, № 49, 1893.

[11]) Бѣляевъ.—Больничная газета Боткина, стр. 678, 1898.

томъ, что склоняло къ мысли о пуэрперальной инфекціи, хотя въ теченіе болѣзни были указанія какъ на воспаленіе червеобразнаго отростка—боли въ области слѣпой кишки, такъ и на пораженіе печени—*сильная болѣзненность въ области печени*, отмѣченная съ перваго дня поступленія больной. Смерть на 23-й день болѣзни. На вскрытіи печень найдена увеличенной и пронизанной многочисленными гнойниками величиною отъ горошины до куринаго яйца; въ воротной венѣ полуобезцвѣтившійся тромбъ съ гноевиднымъ размягченіемъ въ центрѣ. Червеобразный же отростокъ безъ глубокихъ измѣненій, только съ язвеннымъ процессомъ слизистой; вокругъ отростка имѣлся большой гнойникъ.

Во 2-мъ *случаѣ*, больная поступила въ больницу черезъ недѣлю отъ начала болѣзни. Первое время послѣопераціонное теченіе шло благопріятно, но спустя недѣлю наступило ухудшеніе съ повышеніемъ t^0 въ послѣдніе дни до 40,3°. Въ этомъ случаѣ развился кромѣ того большой забрюшинный гнойникъ, потребовавшій вторичной операціи. Смерть на 37-й день болѣзни и на 29-й послѣ операціи.

Въ противоположность первому случаю печень здѣсь была не увеличена и гнойники не достигали большой величины.

Случай этотъ слѣдующій:

(Случай № 73 хир.) *Прасковья Ер.*, кр., 39 лѣтъ. Поступила въ больницу 18-го мая 1900 г. Умерла 18-го іюня.

Anamn. Заболѣла 11-го мая внезапно рѣзкими болями въ нижней правой части живота, при чемъ былъ одинъ разъ приступъ рвоты, не повторявшійся въ слѣдующіе дни.

St. praes. Больная средняго роста и крѣпкаго тѣлосложенія. Въ правой подвздошной области черезъ умѣренно напряженныя брюшныя стѣнки прощупывается опухоль, лежащая соотвѣтственно двумъ наружнымъ третямъ Пупартовой связки. Давленіе на опухоль болѣзненно, контуры ея не ясны. Per vaginam опухоль не достигается. t^0 39,0: Ord: опій и ледъ.

Подъ хлороформнымъ наркозомъ произведена операція (И. И. Грековымъ), обычнымъ разрѣзомъ для перитифлита. Вскрыта свободная брюшная полость, въ которую введены отграничивающіе тампоны. Слѣпая кишка прирощена къ боковой стѣнкѣ живота; по отдѣленіи ея показался жидкій, вонючій гной съ газами; гнойная полость съ многочисленными карманами и съ инфильтрированной клѣтчаткой вокругъ. Червеобразный отростокъ найти и удалить не удалось. Тампонада. Сухая асептич. повязка. t^0 веч. 38,0.

Послѣопераціонное теченіе вначалѣ шло удовлетворительно., t^0 опустилася до нормы, но рана медленно и плохо очищалась.

Черезъ недѣлю появились сильныя боли живота и t^0 стала подниматься, но еще не высоко (37,7—38°); общее состояніе также со дня на день ухудшалось. Рана очищалась плохо и въ глубинѣ ея происходила задержка гноя, почему 5/VI сдѣлано противоотверстіе въ поясничной области, но и послѣ этого t^0 продолжала повышаться и къ 15/V достигла 40,3°; общее состояніе изо дня въ день ухудшалось и 18/VI больная умерла.

Протоколъ вскрытія: *Сердце* нормальныхъ размѣровъ, мышца дрябла, желтоватаго цвѣта, мутна. Клапаны и большіе сосуды безъ измѣненій. *Плевра* легкихъ блестящая. Въ правомъ *легкомъ* находится ограниченное гнѣздо рубцово-измѣненной ткани, аспиднаго цвѣта, непроходимой для воздуха. Остальныя части легкихъ отечны, бугорковъ не видно. *Селезенка* значительно больше нормальнаго, консистенція мягкая, темнокраснаго цвѣта, трабекулы сглажены, пульпа соскабливается легко. *Почки* большія, средней плотности, капсула снимается съ трудомъ, поверхность зернистая. *Печень* мало увеличена, нижняя поверхность довольно плотно спаяна съ colon ascendens и transversum, при отдѣленіи которыхъ обнаруживается небольшое скопленіе гноя; *вся печень усѣяна крупными и мелкими абсцессами*. Желчный пузырь спавшійся, содержитъ прозрачную желчь, также и желчные протоки и капилляры. Слѣпая кишка срощена съ пристѣночной брюшиной и петлями тонкихъ кишекъ тонкими перепонками. За слѣпой кишкой находится гнойная полость, идущая вверхъ вплоть до нижней поверхности печени, срощенной съ толстой кишкой и передней брюшной стѣнкой. *Червеобразный отростокъ* извилистъ, срощенъ, нижняя его половина изъязвлена и прободена. Онъ находится на задней поверхности слѣпой кишки въ срощеніяхъ. Слизистая слѣпой кишки и восходящей разрыхлены, свѣтлокраснаго цвѣта. Полость малаго таза пуста. Половые органы безъ замѣтныхъ измѣненій.

Diagn. anat.. Degeneratio parenchym. m. cordis. Oedema pulmonum. Pneumonia chronica interst. circumscripta dextra, non tuberculosa. Hyperpl. lienis acuta. Abscessus multiplices hepatis. Nephritis chr. diffusa. Appendicitis perforativa. Peritonitis adhaesiva circumscripta. Abseessus retroperitonealis.

Что способствуетъ развитію пилефлебитовъ и абсцессовъ печени, остается невыясненнымъ. Они появляются въ различныхъ стадіяхъ перитифлитовъ, начиная съ первыхъ дней. Величина и качество первичнаго очага въ reg. ileo-coecalis не имѣетъ значенія: можетъ существовать только язвенный процессъ червеобразнаго отростка. Въ случаяхъ Aufrecht'a и Schede абсцессы развились уже на 2-й день болѣзни. Большинство же авторовъ разсматриваетъ абсцессы печени, какъ позднее осложненіе перитифлитовъ. Такъ, Ewald того мнѣнія, что нагноеніе въ воротной венѣ появляется не непосредственно за перитифлитомъ, а спустя долгое время, какъ было въ

одномъ его случаѣ. Въ одномъ случаѣ Dupley [1]) перитифлитъ былъ 8 лѣтъ передъ тѣмъ: «по неизвѣстной причинѣ тромбъ воротной вены, существовавшій очень долгое время, подвалъ гнойно-гнилостному распаденію и далъ метастазы въ печени». Въ случаѣ Nothnagel'я 35-лѣтній больной за 4 года передъ тѣмъ страдалъ «воспаленіемъ слѣпой кишки», отъ котораго онъ черезъ 14 дней совершенно излечился; внезапно, безъ видимой причины, появилась септическая лихорадка и скоро смерть. На вскрытіи обнаруженъ флебитъ, берущій начало отъ почти совершенно излечившагося стараго небольшого перитифлитическаго нарыва, съ вторичными абсцессами печени и эмболіями легкихъ. Подобные случаи описываетъ также Hermes [2]).

Иногда предшествовавшее заболѣваніе отростка протекаетъ совершенно не замѣченнымъ и обнаруживается только на вскрытіи. Такъ, Reinhold [3]) еще въ 1886 году сообщилъ 2 подобныхъ случая, гдѣ абсцессы печени приосединились къ латентно протекшему перитифлиту. Мышъ [4]) приводитъ одинъ случай, считавшійся въ теченіи многихъ лѣтъ за болѣзнь печени, пока не напали на правильный діагнозъ, и на операціи не подтвердилось, что, дѣйствительно, имѣлось заболѣваніе червеобразнаго отростка, повлекшее за собою заболѣваніе печени со всѣми припадками со стороны послѣдней.

Пилефлебитическіе абсцессы печени, по мнѣнію нѣкоторыхъ авторовъ (M. Achart и др.), исключительно аппендикулярнаго происхожденія, что невѣрно, такъ какъ такіе же пилефлебитическіе нарывы печени наблюдаются и при другихъ заболѣваніяхъ кишечника, напр. при дизентеріи, или послѣ операціи гэморроидальныхъ шишекъ, но во всякомъ случаѣ перитифлитъ играетъ наиболѣе частую этіологическую роль въ происхожденіи пилефлебитовъ и эмболическихъ абсцессовъ печени (Jackson, Schüppel, Thierfelder и др). Такъ, Jackson изъ 17 случаевъ нарывовъ печени въ 10 случаяхъ имѣлъ въ этіологіи аппендицитъ.

Абсцессы печени, увеличиваясь рег continuitatem, разрушаютъ печеночную ткань и, дойдя до Глиссоновской капсулы, могутъ прорвать ее, излиться въ брюшную полость и вызвавъ *общій пери-*

[1]) Цит. по Meusser'y.

[2]) Hermes. Casuist. Beitr. zur Chir. der Leber u. Gallenwege. — D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 41. H. 6. 1895.

[3]) Reinhold. Fälle von Leberabscesse nach veralteter völlig latent verlaufenden Perityphlitis etc.—Münch. med. Wochenschrift. № 34 u. 35. 1887.

[4]) Мышъ. Аппендикулярная печень и Appendicitis larvata. — «Военно-Мед. Журналъ». № 12. 1900.

тонитъ, но чаще они прорываются на верхней поверхности печени, которая обыкновенно въ такихъ случаяхъ соотвѣтственно гнойнику плотно склеивается воспалительными перепонками съ грудобрюшной преградой, такъ что гнойникъ опорожняется въ плевральную полость и это есть одинъ изъ самыхъ частыхъ способовъ развитія *гнойнаго плеврита* при перитифлитахъ (Terrilon [1]). При имѣющихся же склейкахъ основанія легкаго съ діафрагмой, прободеніе происходитъ черезъ *легкое* въ *бронхи*.

Если же грудобрюшная преграда не сращена съ печенью, то прорвавшійся гнойникъ послѣдней опорожняется въ поддіафрагмальное пространство, давая тѣмъ 4-й способъ образованія *поддіафрагмальныхъ нарывовъ*.

Въ большинствѣ случаевъ печень задерживаетъ инфекцію, именно пилефлебитическіе абсцессы, имѣющіе обыкновенно сѣтчатую форму (la forme aréolaire) ограничиваются портальной системой, желчные же ходы и артеріальная система остаются не пораженными, но иногда инфекція распространяется и по артеріальной системѣ печени и тѣмъ производитъ диссеминацію микробовъ по всему организму съ появленіемъ метастатическихъ осложненій въ *легкихъ*, *селезенкѣ* и т. п.

Недавно Mintz [2]) описалъ случай *острой желтой атрофіи печени* въ теченіи перитифлита, которую онъ ставитъ въ непосредственную связь съ послѣднимъ, объясняя развитіе острой желтой атрофіи печени переносомъ инфекціи изъ перитифлитическаго очага черезъ воротную вену. Подобный же случай острой желтой атрофіи печени сообщаетъ также Brutzer [3]).

Помимо воротныхъ венъ инфекція можетъ передаться и на *большія вены*, лежащія въ области перитифлитическаго очага: *V. iliaca* и *femoralis* съ образованіемъ *тромбовъ* и *флебитовъ*. Кромѣ непосредственнаго зараженія въ этихъ сосудахъ могутъ образоваться тромбы и механическимъ путемъ вслѣдствіе сдавленія

[1]) Terrilon. Bull. et mém. de la soc. de chirurgie de Paris. Vol. XVIII p. 397.

[2]) Mintz. W. Acute gelbe Leberatrophie als Complication von Epityphlitis.—Mitt. aus d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. VI. 1900.

[3]) Brotzer. Ueber Perityphlitis.—St.-Petersburger med. Wochenschrift. № 1. 1901.

сосуда перитифлитическимъ абсцессомъ или крѣпко приросшими кишечными петлями и послѣдующаго за нимъ сраза.

Meusser описываетъ случай перитифлита, гдѣ на вскрытіи найденъ *тромбъ v. cava inf. и начинавшійся тромбъ v. hypogastrica dext.*

Legg [1]) приводитъ 1 случай тромба бедренной вены, а Meyer [2]) 2 случая закупорки бедренныхъ венъ въ теченіе перитифлита.

Sonnenburg наблюдалъ двухсторонній венозный тромбъ. Barling [3]) приводитъ 4 случая, гдѣ онъ имѣлъ воспаленіе венъ нижнихъ конечностей, а Veillard et Vignard [4]) описываютъ 2 случая перитифлита, осложненные тромбами *лѣвой бедренной вены* и приводятъ кромѣ того еще 2 подобныхъ же случая Terrier и Poncet.

Случай тромбоза лѣвой нижней конечности описалъ еще Freeman [5]) въ 70-хъ годахъ.

Клинически тромбъ *v. iliaca* проявляется отекомъ соотвѣтствующей конечности.

Тромбы, оторвавшись отъ мѣста своего образованія, попадаютъ въ полую вену, затѣмъ въ правое сердце и отсюда въ легкія, вызывая *септическіе инфаркты, эмболіи, абсцессы и гангрену легкаго, серозные, гнойные и иногда гнилостные плевриты.* Herzog приводитъ случай внезапной смерти отъ *эмболіи легочной артеріи* на 12-ый день болѣзни.

На нашемъ матеріалѣ мы имѣемъ нѣсколько случаевъ воспаленія легкихъ *несомнѣнно метастатическаго происхожденія, а также и инфарктовъ легкаго.*

Такъ, въ случаѣ № 50 хир., оканчивавшемся выздоровленіемъ, были всѣ признаки инфаркта правой нижней доли легкаго. Явленія инфаркта держались очень долго и часто обострялись.

Рѣзко выраженный случай инфарктовъ или вѣрнѣе эмболій съ переходомъ въ *нагноеніе* мы имѣли въ случаѣ № 40 терап.

Въ случаѣ № 62 хир. также былъ весьма ясный инфарктъ праваго легкаго, перешедшій въ нагноеніе.

[1]) Legg. J. W. St. Bartholomew's Hospital Report. XVI p. 259. 1880.
[2]) Meyer. Annals of surgery. 1901.
[3]) Barling. The Edinburgh med. Journal. Dec. 1899.
[4]) Veillard et Vignard. Phlébite du membre inférieur gauche et appendicite. Revue de chir. № 1. 1901.
[5]) Freeman C. Abscess of the app. vermif., followed with phlebitis of the left leg.—Canada Lancet. XVI p. 259. 1872.

Разсѣянныя эмболіи въ обоихъ легкихъ обнаружены также въ случаѣ № 10 тер.

Въ случаяхъ №№ 2, 3а, 25 и 51 хир., возможно, что пневмонія была также метастатическаго происхожденія.

Не рѣдко при перитифлитахъ бываетъ осложненіе *фибринозной пневмоніей*, такъ у насъ она отмѣчена въ 5 случаяхъ (№№ 44, 46, 51, 56 и 58). Въ первыхъ 3 случаяхъ пневмонія была очень тяжелой формы и послужила непосредственной причиной смерти больныхъ. Во всѣхъ этихъ случаяхъ пневмонія развилась уже въ послѣопераціонномъ періодѣ и причину ея слѣдуетъ искать въ чрезвычайномъ переполненіи больницы, тѣмъ болѣе, что на ряду съ этими случаями, у насъ и въ другихъ случаяхъ послѣ тяжелыхъ операцій также часто въ это время наблюдалось осложненіе пневмоніей.

Въ общемъ *пневмоніи* и *инфаркты легкихъ* отмѣчены на 89 тер. случаевъ 5 разъ, т. е. въ 5,5% и на 74 хир. случаевъ 10 разъ, т. е. въ 13,5%. Эти цифры также говорятъ за вліяніе операцій на развитіе пневмоній, хотя съ другой стороны надо имѣть въ виду, что оперативному пособію подвергались болѣе тяжелые случаи и, стало быть, имѣвшіе болѣе шансовъ на осложненія всякаго рода.

Образованіе *тромбозъ въ крупныхъ артеріальныхъ стволахъ* въ теченіе перитифлитовъ встрѣчается черезвычайно рѣдко.

Такъ, Leyden [1]) приводитъ случай *тромбоза лѣвой подкожной артеріи*; Körte [2]) случай тромба art. iliaca, Scheibenzuber [3]) — приводитъ случай тромба *art. tibialis ant. sin. съ гангреной голени.*

Если мелкія заносныя пробки попадаютъ *въ артеріальную систему*, то онѣ влекутъ за собою различныя *септическія осложненія въ видѣ паротитовъ, абсцессовъ печени, гнойныхъ плевритовъ, гнойныхъ перикардитовъ* и т. д., или *септицэмію* безъ опредѣленной локализаціи.

Мы наблюдали *parotitis* въ двухъ случаяхъ (№№ 25 и 52 хир.) и въ обоихъ двусторонній, въ одномъ изъ нихъ (№ 52) предшество-

[1]) Leyden—Berlin. klin. Wochenschr. 1890.
[2]) Цит. по Borchardt'y.
[3]) Scheibenzuber. Case of perityphlitis.—Ohio med. and surg. Journ. v. II. 1877.

вала травма (вывихъ челюсти). Fürbringer [1]) приводитъ случай двухсторонняго паротита, несомнѣнно метастатическаго происхожденія. Herzog—3 случая, изъ нихъ одинъ—двухсторонній.

Одно изъ роковыхъ осложненій перитифлитовъ, къ счастью, весьма рѣдкое, есть *кровотеченіе* изъ разрушенныхъ гангренозными процессами и незатромбированныхъ сосудовъ. Такъ, Fowler описываетъ случай смертельнаго кровотеченія изъ v. iliaca dext., наступившаго на 8 й день послѣ операціи при смѣнѣ повязки. Powell [2]), Bull [3]), Sourdill [4]) приводятъ случаи прорыва гнойника въ art. iliaca int. Barlow [5]) описываетъ случай прободенія и сообщенія слѣпой кишки съ art. iliaca int., гдѣ послѣ продолжительныхъ запоровъ наступилъ черный кровянистый понось; при истощеніи силъ больной умеръ. Demaux [6]), Lewis [7]), Fowler наблюдали прободеніе въ *v. cava inf.* Ehrich [8]) приводитъ случай кровотеченія изъ art. iliaca или изъ какой либо крупной ея вѣтви, а Bamberger приводитъ случай смертельнаго кровотеченія въ брюшную полость изъ небольшого сосуда. Въ случаѣ Bryant'a [9]) было кровотеченіе изъ *art. circumflexa ilei.* Ladinski [10]) недавно сообщилъ случай тяжелаго кровотеченія изъ артеріи брыжжейки червеобразнаго отростка вслѣдствіе травмы.

---

2) *Осложненія, вызываемыя механическими условіями, создаваемыми перитифлитическимъ процессомъ.*

Сюда относится одно изъ весьма тяжелыхъ осложненій, развивающихся въ теченіе перитифлита, именно—*кишечная непроходимость*. Условія, вызывающія послѣднюю, различныя:

во-первыхъ, сама перитифлитическая опухоль, достигнувъ большихъ размѣровъ, можетъ *давленіемъ* на близъ-лежащія петли кишекъ закрыть просвѣтъ кишечника;

[1]) Fürbringer. Deutsch. med. Wochenschr., № 5 1891.
[2]) Powell.—New. Orleans med. and surg. Journ. XI, 468 1855.
[3]) Bull W. T.—N. Y. med. Journ. XVIII 1875.
[4]) Sourdill G.—Bull soc. anat. de Paris. LXIX 1894.
[5]) Barlow.—Arch. génér. de méd. Août 1856.
[6]) Приведено у Maiterstock'a.
[7]) Lewis. F. C.—Med. Rec. XLVI p. 463 1894.
[8]) Ehrich E. Arrosionsblutungen bei Perityphlitis.—Beiträge zur klin. Chir. Bd. 29 H. 1. 1900.
[9]) Bryant.—Brit. med. Journ. II. p. 43 1884.
[10]) Ladinski L. L. Internal hemorrhage the result of traumatic rupture of adhesions due to acute appendicitis with the report of a case.—Med. Rec. Dec. 15. 1900.

во-вторыхъ, многочисленныя *сращенія* въ сосѣдствѣ съ перитифлитической опухолью могутъ достигнуть значительной крѣпости и въ формѣ различныхъ *тяжей ущемить* ту или другую часть кишечника или вызвать различнаго рода *перегибы и завороты кишечныхъ петель.*

Кишечная непроходимость можетъ быть или *относительной*, или *абсолютной*.

Развитіе кишечной непроходимости возможно во всѣхъ стаціяхъ перитифлита, но особенно часто въ болѣе поздняя, когда сама опухоль достигаетъ большихъ размѣровъ и когда развиваются крѣпкія фиброзныя сращенія, фиксирующія кишечникъ въ ненормальномъ положеніи.— Оставшіяся сращенія, спустя даже значительный промежутокъ времени по благополучномъ окончаніи перитифлитическаго процесса, могутъ послужить причиной кишечной непроходимости.

Въ нашемъ матеріалѣ имѣются случаи, гдѣ наблюдалась хотя и не абсолютная кишечная непроходимость, но все же достигающая значительной степени, и, несомнѣнно, способствующая смертельному исходу.

Въ *первомъ случаѣ* имѣлся *поворотъ flexurae sigm.* на 180°, въ каковомъ положеніи она была фиксирована сращеніями къ правой стѣнкѣ таза, гдѣ плотно прикрѣплялась также и петля тонкихъ кишекъ.

Во второмъ случаѣ почти всѣ петли тонкихъ кишекъ были спаяны склейками въ одинъ общій конгломератъ, куда входила также и flexura sigmoidea, *повернутая на* 90°.

Въ обоихъ случаяхъ время отъ времени удавалось вызвать стулъ, но все же опорожненіе кишечника было неудовлетворительно, вздутіе кишечника достигало большихъ размѣровъ, а во 2-мъ случаѣ оно способствовало прободенію кишечника.

Случаи эти слѣдующіе:

1-й случай (№ 44 хир.). *Елена Ник.*, солд., вдова, 37 лѣтъ. Поступила въ больницу 30-го января 1897 г. *Умерла* 14-го февраля.

Anamn. 8 дней тому назадъ появились боли подъ ложечкой, распространившіяся къ вечеру по всему животу. На слѣдующій день больная отправилась въ баню, *гдѣ ей натирали животъ*, послѣ чего больная почувствовала сильныя боли въ области слѣпой кишки. Боли въ правой подвздшй живота держались, не ослабѣвая, до поступленія въ больницу. Съ перваго же дня больная замѣтила уплотненіе въ области слѣпой кишки. Стула и вѣтровъ не было со дня заболѣванія. Больную нѣсколько разъ знобило. Такими приступами болей живота больная

страдала два раза—4 года и 7 лѣтъ тому назадъ. Послѣ перваго припадка больная страдала спазматическими болями живота въ теченіе почти 3 лѣтъ, въ продолженіи которыхъ она лечилась амбулаторно и на дому. До второго припадка больная нѣсколько мѣсяцевъ считала себя здоровой. Дѣтей не имѣла. Menses на 15 году, по 2—3 дня. Въ настоящее время menses начались 2-й день.

St. praes. Больная средняго роста и хорошаго питанія. Животъ равномѣрно вздутъ, при пальпаціи болѣзненъ въ правой половинѣ, гдѣ въ области слѣпой кишки вблизи sp. ant. sup. притупленный тонъ переходитъ въ тупой. Здѣсь легко прощупывается очень болѣзненная опухоль, занимающая всю подвздошную ямку; Границы опухоли къ срединной линіи неясны. Per vaginam: матка подвижна, своды свободны. Моча безъ бѣлка. t° 37,5. Ord.: опій и ледъ.

31/I. t° утр. 37,7. Вздутіе и болѣзненность живота увеличились. Стула не было. Вѣтры не отходятъ.

Подъ хлорофориемъ наркозомъ (70,0) произведена нами боковая лапаротомія. Разрѣзъ въ 15 сант. на палецъ кнутри отъ sp. ant. sup. по ходу апоневротическихъ волоконъ наружной косой мышцы. По вскрытіи свободной брюшной полости оказалось, что слѣпая кишка плотно приросла къ боковой части дна подвздошной ямки. По введеніи отграничивающихъ тампоновъ во всѣ стороны свободной брюшной полости, слѣпая кишка отдѣлена отъ склеекъ со дномъ подвздошной ямки, послѣ чего изъ подъ кишки показался густой гной. Палецъ, введенный въ гнойную полость ощупываетъ много крѣпкихъ сращеній и перетяжекъ. Вывести червеобразный отростокъ наружу не удалось, онъ плотно спаянъ съ прилежащими частями. Въ немъ замѣчено довольно большое пробудное отверстіе съ гангренозными краями. Гнойная полость величиною въ куриное яйцо. Введены отдѣльные асептическіе тампоны въ гнойникъ. Сухая асептическая повязка. t° веч. 37,3.

1/п. t° утр. 36,6. Пульсъ 90. Дыханіе 33. Съ 3 ч. ночи появилась рвота, державшаяся до 11 ч. утра, но не особенно часто. Больная жалуется на жажду и боли подъ ложечкой и въ области раны. Животъ слегка вздутъ, болѣзненъ въ области раны и epigastrii. t° веч. 35,6.

2/п. t° утр. 36,0. Пульсъ 110, плохого наполненія. Дыханіе 30. Больная чувствуетъ себя худо. Частая рвота и позывы къ ней. Животъ вздутъ, особенно въ epigastrium. Область болѣзненности также увеличилась. Желудокъ промытъ: небольшое количество коричневой жидкости. Повязка промокла. Перевязка: снѣмены только верхніе слои. t° веч. 35,9.

3/п. t° утр. 35,9. Больная очень слаба. Пульсъ малый и частый—120. Частая рвота и сильная жажда. Животъ вздутъ и болѣзненъ въ правой половинѣ. Частыя спазмотическія боли. Вчера послѣ клизмы стула не было, но отошли газы. Сегодня *день высокихъ клизмъ* также безъ дѣйствія. Промываніе желудка. t° веч. 35.6.

4/п. t° утр. 35,9. Пульсъ 104, малый. Дыханіе 24. Сегодня общее состояніе

нѣсколько лучше. Животъ менѣе вздутъ и болѣзненъ. Послѣ промыванія желудка рвота прекратилась. Клизмы безъ дѣйствія, но вызвали отхожденіе газовъ, что значительно облегчало больную. t° веч. 36,3.

5/п. t° утр. 36,1. Больная слаба. Пульсъ 120, малый. Дыханіе 24. Языкъ обложенъ. Вчера послѣ молока появилась рвота, продолжающаяся и сегодня. Животъ болѣе вздутъ, особенно въ верхней части. Промываніе желудка. Перевязка: слѣпая кишка значительно выпала въ рану. Отграничивающіе тампоны перемѣнены, они сухи. Перемѣнены также тампоны и въ гнойной полости.

6/п. t° утр 37,0 пульсъ 110. Дых. 27. Послѣ промыванія желудка рвота прекратилась. Животъ менѣе болѣзненъ, но вздутъ. Стула не было, вѣтры не отходятъ. t° веч. 36,5.

7/п. t° утр. 37,9. Пульсъ 120. Дыханіе 36. Вчера послѣ глицериновой клизмы появилось отхожденіе вѣтровъ. Рвоты не было. Животъ мягкій. Сегодня послѣ глицериновой клизмы немного прослабило. Появился кашель съ гнойной мокротой. t° веч. 37,6.

8/п. t° утр. 38,1. Пульсъ немного полнѣе, но еще частый—120. Дыханіе хриплое, 30. Частый кашель съ обильной гнойно-слизистой мокротой. При аускультаціи легкихъ слышатся обильные влажные хрипы въ заднихъ нижнихъ доляхъ обѣихъ легкихъ. Вчера были произвольный стулъ и частое отхожденіе вѣтровъ. Вздутіе живота меньше, животъ мягкій и безболѣзненный. Перевязка: смѣнены только верхніе слои. t° веч. 38,0.

9/п. t° утр. 38,5. Пульсъ 106. Дыханіе 30. Мокроты очень много. Вѣтры отходятъ. Послѣ клизмы обильно прослабило. Животъ мягкій. t° веч. 39,1.

10/п. t° утр. 38,1. Пульсъ малый и частый, 132. Дыханіе хриплое, 33. Частый кашель, вызывающій боли въ области раны. Обильная гнойная мокрота. На нижней губѣ появился herpes. Значительное притупленіе легкихъ сзади и обильные влажные хрипы. t° веч. 37,9.

11/п. t° утр. 37,4. Пульсъ 132, малый. Дыханіе хриплое, 36. Языкъ обложенъ грязнымъ налетомъ. Лекарство каждый разъ вызываетъ отрыжку. Со вчерашняго вечера животъ сильно вздуло. Послѣ клизмы стула не было, вѣтры же отходятъ. Притупленіе легкихъ рѣзко выражено сзади слѣва внизъ отъ угла лопатки. Звучные влажные мелкіе и крупные хрипы, почти бронхіальное дыханіе. t° вечер. 37,6.

12/п. t° утр. 37,1. Больная слаба. Пульсъ 132. Дыханіе 40. Языкъ густо обложенъ. Вчера послѣ сухихъ банокъ было нѣкоторое улучненіе въ общемъ самочувствіи. Мокрота и кашель попрежнему. Притупленіе поднялось выше лопатки. Дыханіе бронхіальное, масса влажныхъ хриповъ. Перевязка: гною не особенно много. Слѣпая кишка опять слишкомъ выдается изъ раны. Тампоны смѣнены. Склейки не особенно крѣпкія. Грануляціи вялыя. Послѣ клизмы не прослабило.

13/п. t° утр. 36,6. Пульсъ малый, 132. Дыханіе хриплое, 50. Больная крайне

слаба, плохо откашливаетъ. Животъ вздутъ. Послѣ клизмы обильно прослабило· t° веч. 36,4.

14/п. t° утр. 36,3. Больная въ агоніи. Въ 1½ ч. дня—exitus.

Вскрытіе 15/п.

Протоколъ вскрытія (*А. Ив. Моисеевъ*). Сердце мало, стѣнки желудочковъ бураго цвѣта, мягки и мутны. Лѣвое легкое объемисто, на поверхности покрыто свѣжими фибринозными пленками; нижняя доля уплотнена, на разрѣзѣ зернистая и безвоздушная, сѣраго цвѣта и легко разминается между пальцевъ. Съ поверхности разрѣза соскабливается въ большомъ количествѣ жидкій гной Селезенка увеличена, разрыхлена, темнокраснаго цвѣта. Печень нормальной величины, мягкая, глинистаго цвѣта; границы долекъ выражены неясно. Почки нормальной величины, капсула легко снимается; корковый слой помутнѣлъ, плотенъ и уменьшенъ. Въ подвзд.-слѣпой области находится рана, проникающая въ полость живота и закрытая тампонами, Peritoneum viscerale этой области помутнѣлъ, черноватаго цвѣта и покрытъ фибринозно-гнойнымъ эксудатомъ. Intestinum ilei *на разстояніи около 10 сантиметровъ выше* valvulae Bauchinii *свободнымъ краемъ, при помощи очень плотныхъ и мощныхъ тяжей прикрѣпляется къ стѣнкѣ таза приблизительно у* l. inominata dext., *къ этому же мѣсту прирощена однимъ изъ своихъ* appendicul. epiploic. flexura sigmoidea, *которая дѣлаетъ, кромѣ того, поворотъ на 180° слѣва направо, такъ что верхняя ея половина ложится впереди нижней.* Кнутри отъ мѣста прирощенія intestini ilei поднимается къ корню брыжжейки правая Фаллопіева труба съ увеличеннымъ яичникомъ и плотно прикрѣпляется къ задней стѣнкѣ живота почти на высотѣ впаденія подвздошной кишки въ слѣпую кишку. Послѣдняя довольно длинная; отъ внутренне-задней ея стороны отходитъ червеобразный отростокъ по направленію вверхъ подъ слѣпую кишку и вскорѣ скрывается въ забрюшинной клѣтчаткѣ, гдѣ онъ на половинѣ своего протяженія дѣлаетъ перегибъ подъ острымъ угломъ и, спускаясь кнаружи внизъ, опять выходитъ своей верхушкой изъ-за брюшинной клѣтчатки. На мѣстѣ перегиба червеобразный отростокъ на значительномъ протяженіи разрушенъ. Просвѣтъ его свободно сообщается со слѣпой кишкой. Клѣтчатка позади coecum и colon asc. гнойно пропитана. Между слѣпой кишкой и упомянутыми срощеніями intest. ilei и flexurae sigm. скопленія гнойной жидкости. Слизистая оболочка слѣпой и восходящей толстой кишки и нижней части подвздошной кишки блѣднаго сѣро-аспиднаго цвѣта, покрыта большимъ количествомъ мутной густой слизи.

Diagn. anat. Degneratio parenchymat. musc. cordis. Pleuritis ac. fibrinosa. Pneumonia fibrinosa sin. cum suppuratione. Perityphlitis acuta purulenta. Paratyphlitis. Appendicitis perforativa. Hyperplasia acuta lienis. Degeneratio parench. hepatis et renum. Volvulus Flexurae Sigmoideae incompl.

2-й случай (№ 52 хир.). *Федосья Шем.*, крест., 30 лѣтъ. Поступила въ больницу 8-го января 1898 года. *Умерла* 30-го января.

Anamn. 26-го декабря 1897 г. появились лихорадка и боли во всемъ животѣ и въ поясницѣ. Вскорѣ больной стало лучше. 6-го января боли снова обострились, появилась рѣзь при мочеиспусканіи, задержка испражненій; послѣдній стулъ 6-го утромъ. 7-го января была рвота. Menses на 14-мъ году, черезъ 4 недѣли по 5—6 дней, съ болями въ животѣ и поясницѣ, послѣднія 20-го декабря. Не рожала и не выкидывала.

St. praes. Больная средняго тѣлосложенія и питанія, нѣсколько анэмична. Языкъ значительно обложенъ. Жалуется на сильную боль по всему животу. Животъ вздутъ и напряженъ; лѣвая часть его около пупка выпячена нѣсколько больше, чѣмъ правая. Снизу перкуторный тонъ притуплено-тимпаническій; область epigastrii менѣе напряжена и нечувствительна, нижняя же часть очень болѣзнена. Наружныя половыя части правильно развиты; изъ мочеиспускательнаго канала выдавливается слизисто-гноевидная бѣлая жидкость. Hymen цѣлъ, съ трудомъ пропускаетъ палецъ. P. v.: матка маленькая, въ переднемъ сводѣ тѣстоватость, лѣвый сводъ также тѣстоватъ, правый укороченъ, все чувствительно. Моча безъ бѣлка.

Подъ хлороформнымъ наркозомъ (50,0) произведена (Г. Ф. Цейдлеромъ) лапаротомія. Разрѣзъ по l. alba въ 10 стм. внизъ отъ пупка. Въ нижнемъ углу раны слои брюшной стѣнки немного отечны. По вскрытіи брюшины оказалось, что сальникъ прикрывалъ кишечныя петли и поверхъ его не было жидкости, но какъ только онъ былъ поднятъ кверху (послѣ предварительнаго введенія отграничивающихъ тампоновъ въ верхнія части брюшной полости), хлынулъ бѣлый жидкій гной съ примѣсью фибринозныхъ свертковъ въ видѣ крупинокъ. Серозный покровъ кишекъ инъецированъ и покрытъ фибринозными свертками. Гной обнаруженъ по всей нижней половинѣ живота, включая и полость таза. При выведеніи правой трубы оказалось, что она плотно приклеена вверху своимъ свободнымъ концомъ къ кишечнымъ петлямъ и къ слѣпой кишкѣ. (См. рис. 31). Съ большимъ трудомъ удалось весь конгломератъ склеившихся петель кишекъ, слѣпой кишки и правой трубы приблизить къ брюшной ранѣ. По разрывѣ довольно плотныхъ склеекъ, обнаруженъ отграниченный, болѣе старый гнойникъ съ густымъ гноемъ. Среди склеекъ найденъ червеобразный отростокъ, отходившій отъ слѣпой кишки дугообразно кнутри и вверхъ, гдѣ онъ плотно прикрѣплялся свободнымъ концомъ къ внутренней стѣнкѣ слѣпой кишки. Конецъ отростка темно-краснаго цвѣта и покрытъ плотными фибринозными пленками, остальная же часть отростка покрыта почти нормальнымъ серознымъ покровомъ. Вблизи мѣста перехода нормальной части въ измѣненную на разстояніи 2 стм. отъ свободнаго конца видна черная точка. Червеобразный отростокъ, по предварительной перевязкѣ его брыжжейки, перевязанъ круговой лигатурой и ампутированъ на разстояніи 1½ стм. отъ его основанія. Длина ампути-

рованной части 7 стм. Отростокъ оказался проходимымъ до самой вершины. По продольномуъ вскрытіи его слизистая въ верхней половинѣ найдена нормальной, ниже же инъецированной и покрытой слизью; на мѣстѣ, соотвѣтствующемъ черной точкѣ на серозномъ покровѣ—язва, въ горошину величиною, занимающая почти всю окружность съ гладкимъ темно-краснымъ дномъ и съ рубцевыми краями (заживающая язва). На стѣнкѣ, противоположной мѣсту прикрѣпленія брижейки, имѣется проведеніе въ булавочную головку, но зондъ уже не проходитъ черезъ него, а задерживается тонкой пленкой. Слизистая свободнаго конца отростка весьма разрыхлена и просвѣтъ его немного расширенъ. Тотчасъ же у края язвы къ основанію отростка просвѣтъ послѣдняго значительно съуженъ, но все таки пропускаетъ зондъ. Камня въ просвѣтѣ не найдено. Серозный покровъ отростка соотвѣтственно мѣсту нахожденія язвы значительно утолщенъ. Тампонада изъ асептической марли. Поверхъ сухая асептическая повязка. t° веч. 37,8.

9/I. t° утр. 37,2. Пульсъ 92. Дых. 20. Все время послѣ операціи тошнота, сегодня была рвота. Ночь спала плохо. Языкъ суховатъ. Стула не было, вѣтры отходятъ. Мочится сама. Моча безъ бѣлка, даетъ положительную реакцію на индиканъ и желчные пигменты. Повязка сильно промокла. — Перевязка: смѣнены только верхніе слои. Животъ умѣренно вздутъ и сильно болѣзненъ въ правой половинѣ. t° веч. 37,5.

10/I. t° утр. 37,9. Пульсъ 100. Дых. 24. Языкъ сухой, обложенъ. До 12 ч. ночи спала, съ 12 ч. была 2 раза рвота. Боль живота. Повязка промокла. Перевязка: смѣнены только верхніе слои. Животъ умѣренно вздутъ и менѣе болѣзненъ. Есть позывъ на низъ. Пришли регулы. t° 37,8.

11/I. t° утр. 38,0. Пульсъ 104. Дых. 24. Послѣ клизмы 2 раза обильно прослабило жидко. Вечеромъ были сильныя боли живота, послѣ же клизмы и морфія больная уснула. Ни тошноты, ни рвоты нѣтъ. Повязка промокла. Перевязка: животъ менѣе вздутъ, сильная болѣзненность въ правой подвздошной области t° веч. 37,6.

12/I t° утр. 36,8. Пульсъ 94. Дых. 36. Вчера нѣсколько разъ былъ жидкій стулъ, сегодня же не слабило. Ночь спала плохо изъ за сильныхъ болей внизу живота. Повязка промокла. Перевязка: смѣнены только верхніе слои. Животъ болѣе вздутъ, болѣзненъ справа. t° веч. 37,4.

13/I. t° утр. 36,7. Пульсъ 102. Дых. 18. Языкъ обложенъ, суховатъ. Ночь спала плохо изъ за сильныхъ болей живота. Перевязка: тампоны смѣнены, брюшная полость суха, нигдѣ скопленія экссудата. t° веч. 37,7.

14/I. t° утр. 37,1. Пульсъ 104. Дых. 20. Языкъ сухой. Ночь изъ за болей живота спала плохо. Стула не было, вѣтры отходятъ. Перевязка: повязка смочена вонючимъ гноемъ съ синей окраской. Животъ сильно вздутъ и болѣзненъ справа. t° веч. 36,3.

15/I. t° утр. 37,2 Пульсъ 96. Дых. 20. Языкъ влажный. Ночь спала хорошо.

Послѣ клизмы отошла только окрашенная вода. Вѣтры отходятъ. Боли живота уменьшились, а также и вздутіе. Общее состояніе лучше. t° веч. 37,8.

16/I. t° утр. 36,8. Пульсъ 92. Дых. 24. Ночь спала. Вчера былъ произвольный, обильный стулъ. Повязка промокла. Перевязка: смѣнены только верхніе слои. t° веч. 37,6.

17/I. t° утр. 37,0. Пульсъ 100. Дых. 20. Клизма безъ дѣйствія. Вздутіе живота уменьшилось, вѣтры отходятъ. Самочувствіе больной лучше. Ночь спала послѣ морфія. t° веч. 38,1.

18/I. t° утр. 37,3. Пульсъ 96. Дых. 26. Ночь спала послѣ морфія. Боли живота значительно стихли. Стула не было. Перевязка: повязка сильно промокла вонючимъ гноемъ. Тампоны перемѣнены. Моча безъ бѣлка, даетъ реакцію на желчные пигменты, *громадное количество индикана*. t° веч. 37,6.

19/I. t° утр. 37,3. Пульсъ 114. Дых. 22. Въ 12 ч. н. была сильная рвота. Языкъ сухой и обложенъ. Стула не было. Вѣтры отходятъ. Замѣтная желтушная окраска кожи. Боли живота меньше. t° веч. 37,8.

20/I. t° утр. 37,3. Пульсъ 120. Дых. 18. Ночь спала плохо. Послѣ молока бываетъ рвота. Послѣ клизмы хорошо прослабило. Перевязка. t° веч. 36,8.

21/I. t° утр. 37,6. Пульсъ 108. Дых. 24. Рвота наблюдалась послѣ молока или чая. Животъ еще вздутъ. t° веч. 37,6.

22/I. t° утр. 37,6. Пульсъ 108. Дых. 22. Ночь спала послѣ морфія. Языкъ сухой. Рвота послѣ молока или воды. Сильныя боли живота и позывы на низъ. Стула не было, но вѣтры отходили. Перевязка: изъ глубины при давленіи на брюшную стѣнку внизу выдавливается довольно большое количество гноя. Животъ еще болѣе вздутъ и въ нижнихъ частяхъ болѣзненъ. t° веч. 37,4.

23/I. t° утр. 37,8. Пульсъ 120, малый. Дых. 24. Языкъ сухой. Рвоты вчера и сегодня не было. Сильныя схваткообразныя боли живота. Стула не было, вѣтры отходятъ. t° веч. 37,4.

24/I. t° утр. 36,8. Пульсъ 108. Дых. 26. Вечеромъ была рвота. Послѣ клизмы жидко прослабило. Повязка сильно промокла. Перевязка: тампоны обильно смочены гноемъ съ жидкимъ каломъ. Животъ все еще вздутъ и болѣзненъ справа. t° веч. 36,6.

25/I. t° утр. 36,5. Пульсъ 96. Дых. 30. Вечеромъ была рвота. Вчера былъ жидкій стулъ. Животъ вздутъ. t° веч. 37,5.

26/I. t° утр. 37,5. Пульсъ 114. Дых. 30. Языкъ сухой. Вчера была сильная рвота, сегодня отрыжка, тошнота и схваткообразныя боли живота. Стула не было. Перевязка: животъ весьма вздутъ, особенно въ верхней половинѣ. При перемѣнѣ тампоновъ въ одномъ мѣстѣ слѣва нечаянно прорвана кишка (толстая), вѣроятно, омертвѣвшая (какъ показало вскрытіе, здѣсь имѣлась язва слизистой), при этомъ вышло масса газовъ и немного жидкаго кала. При изслѣдованіи per vag. обнаружено, что прямая кишка сильно раздута газами. По введеніи и рас-

тяженія сфинктера отошло масса газовъ и много жидкихъ испраженій, послѣ чего вздутіе живота значительно сбавилось (былъ спазмъ сфинктера). t° веч. 37,3.

27/I. t° утр. 36,7. Пульсъ 108. Дых. 32. Животъ съ момента перевязки болитъ меньше. Вздутія нѣтъ, рвоты также. Языкъ чище. Послѣ клизмы вышла окрашенная вода. Вчера вечеромъ произошелъ произвольный выпускъ нижней челюсти. Больная слаба, апатична, жалуется на боли въ нижнечелюстныхъ суставахъ. Въ мочѣ *колоссальное количество индикана*. t° веч. 38,9.

28/I. t° утр. 38,7. Пульсъ 124, малый. Дых. 32. Послѣ морфія немного спала. Языкъ сухой. Больная съ трудомъ открываетъ ротъ. Лѣвая околоушная область значительно припухла и болѣзненна. Рвоты не было. Перевязка: изъ свища слѣва продолжаетъ выдѣляться жидкій калъ, свищъ же справа у основанія чернобразнаго отростка видимо закрылся. Гнойная полость отграничилась отъ остальной брюшной полости. Сдѣлано промываніе солевымъ растворомъ. Животъ мягкій и не вздутый. Наротитъ вскрыть подъ кокаиномъ, сколемія гноя не оказалось, только гнойная инфильтрація. t° веч. 38,9.

29/I. t° утр. 39,2. Пульсъ 160—150, нитевидный. Дых. 42. Вчера и сегодня рвота. Послѣ клизмы немного прослабило. Сегодня утромъ знобило, послѣ чего былъ потъ. t° веч. 40,3.

30/I. Въ 3½ ч. утра exitus.

Вскрытіе 31 Января.

Протоколъ вскрытія (прив.-доц. д-ръ *А. И. Моисеевъ*). Подвздошно-слѣпая ямка, полость таза, нижняя часть полости живота отдѣлены отъ остальной брюшной полости всѣдствіе срощенія сальника съ передней стѣнкой съ одной стороны и кишками съ другой. Петли тонкихъ кишекъ, вытѣсненныя изъ тазовой полости вверхъ, склеены между собою въ одну массу, заключающую въ себѣ и *flexura sigmoidea*, *которая повернута вокругъ оси брыжеечки въ направленіи, противоположномъ ходу часовой стрѣлки на 90° и плотно прикрѣплена съ окружающими частями склейками*; у конца приводящаго колѣна имѣется довольно широкое прободеніе (въ 10 коп. монету). Толстыя кишки до мѣста перекручиванія растянуты. Описанная полость заключаетъ небольшое количество гноевидной жидкости, смѣшанной съ каловыми массами; стѣнки полости покрыты фиброзными, сѣрыми, кромковатыми пленками Processus vermiformis у основанія аминутированъ. На слизистой оболочкѣ flexurae sigmoideae находится язва, величиною въ 20 коп. монету, съ грязноватыми, кромковатыми, легко разрывающимися краями, на днѣ этой язвы находится упомянутое прободеніе.

Diagnosis anatomica: Degeneratio parenchymatosa cordis, hepatis et renum. Hyperaemia venosa pulmonum et lienis. Peritonitis stercoralis circumscripta. Fistula stercoralis flexurae sigmoideae. Appendicitis perforativa. Amputatio appendicitis. Parotitis purulenta acuta sinistra. Volvulus lex. sigmoideae incompl.

Къ этимъ случаямъ можно присоединить также 3-й случай (№ 11 хир.), гдѣ имѣлась ненормальная фиксація кишечника, именно *восходящая часть ободочной кишки спустилась къ сальной кишкѣ и плотно срослась съ ея лѣвой ея стороною*. Въ этомъ случаѣ, однако, явленія кишечной непроходимости не достигали значительной степени.

Литературныя данныя по этому вопросу не рѣдки. Такъ, Кадьянъ [1]) описываетъ случай, гдѣ кишечная непроходимость развилась на 8-ой день послѣ операціи перитифлита со вскрытіемъ свободной брюшной полости и съ отграничивающими тампонами. Произведена вторичная лапаротомія по срединной линіи и удалены срощенія между петлями кишекъ въ области раны.

У Westphalen'a [2]) перитифлитъ протекалъ подъ явленіями Ileus'a. На вскрытіи найденъ большой перитифлитическій гнойникъ и тажъ, вызвавшій кишечную непроходимость.

Случаи кишечной непроходимости въ теченіе или послѣ перитифлита сообщаютъ также Paul [3]), Weiss [4]), Morris [5]), Murray [6]) Souligoux [7]), Sacquépée [8]), Jervell [9]), Kummer [10]), Meyer [11]), Булатниковъ [12]), Новицкій [13]), Coley [14]). Albarran et Caussade [15]), Marion [16]), Meyer [17]), Cestan [18]), и др. Cestan, между прочимъ, сообщаетъ 5 случаевъ кишечной непро-

---

[1]) Кадьянъ. Непроходимость кишечника послѣ операціи перитифлита.—Больничная Газета Боткина. p. 203, 1898.

[2]) Westphalen. Protok. des Vereins St. Petersburger Aerzte. Sitzung am 1. März 1894.—St. Peters. med. Wochens. p. 297. 1894.

[3]) Paul. Intestinal obstruction complicating appendicitis, with the report of a case.—Med. Rec. 27 Oct. 1900.

[4]) Weiss et Février.—Revue de chir. XVIII. 1898.

[5]) Morris R. T.—Lectures on Appendicitis 1899.

[6]) Murray R. W.—British. med. Journ. II, p. 747. 1896.

[7]) Souligoux.—Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris. Avril. 1899.

[8]) Sacquépée.—Ibid. Fév. 1899.

[9]) Jervell.—Norsk Magaz. for Laegevid. 1900.

[10]) Kummer M. Appendicite avec obstrucion intestinale.—Revue méd. de la Suisse Romande p. 593. 1899.

[11]) Meyer. Annals of surgery. May. 1901.

[12]) Булатниковъ А. И. Къ вопросу объ аппендицитѣ и его леченіи.—Военно-Медиц. жур. № 2. 1901.

[13]) Новицкій П. С. Аппендицитъ, осложненный перитонитомъ и внутреннимъ ущемленіемъ подвздошной кишки.—Военно-Медиц. жур. № 5. 1901.

[14]) Coley H. Prognosis in appendicitis.—The Lancet. Febr. 10. 1900.

[15]) Albaran et Caussade. Appendicite avec occlusion intestinale aigue.—Presse méd. № 61 1898.

[16]) Marion G. Appendicite et occlusion intestinale.—Gaz. des hôp. № 134. 1900.

[17]) Meyer. O. Ein Fall von Blinddarmentzünd. kompliciert mit allgemein. Peritonitis und späterem Darmverschluss.—Deut. Praxis № 12. 1901.

[18]) Cestan E. Appendicite et occlusion intestinale.—Gaz. des hôp. № 10. 1901.

ходимости, развившихся въ теченіе перитифлита или вслѣдствіе паралича кишекъ безъ механическихъ препятствій или вслѣдствіе общихъ или частичныхъ склеекъ.

Hermes [1]) сообщаетъ случай ущемленія петли тонкихъ кишекъ въ кольцѣ, образованномъ *червеобразнымъ отросткомъ*, приросшимъ верхушкою къ слѣпой кишкѣ. Сходные-же случаи приводятъ также: Fowler, Robinson [2]), Hawkins [3]), Dale [4]), Pinard [5]), Honzak [6]), Wiard et Renon [7]).

Въ теченіе перитифлитовъ намъ не разъ приходилось наблюдать *ложную кишечную непроходимость*. Въ такихъ случаяхъ развивались столь грозныя явленія, что не оставалось, повидимому, сомнѣній въ настоящей механической кишечной непроходимости, которая побуждала даже къ немедленному оперативному вмѣшательству; но ближайшее изслѣдованіе убѣждало, что въ данныхъ случаяхъ имѣлась, такъ сказать, *рефлекторная непроходимость, вслѣдствіе рефлекторнаго спазма sphincter ani*, который настолько судорожно сокращался, что съ трудомъ пропускалъ палецъ; клизмы, вводимыя одна за другой, оставались безъ всякаго эффекта, не отходя даже обратно; вздутіе достигало значительныхъ степеней; рвота, какъ при настоящей кишечной непроходимости. Вводимый въ прямую кишку палецъ судорожно обхватывался сфинктеромъ, прямая же кишка оказывалась растянутой ad maximum, такъ что ея слизистая облегала стѣнки таза и съ трудомъ достигалась пальцемъ. По введеніи же толстой дренажной трубки только черезъ сфинктеръ, съ шумомъ выдѣлялись газы, задержанныя клизмы и испраженія, и моментально исчезали всѣ грозные признаки кишечной непроходимости.

Подобные припадки ложной кишечной непроходимости повторялись по нѣсколько разъ въ каждомъ случаѣ и, повидимому, вызывались рефлекторно вслѣдствіе воспалительнаго раздраженія брюшины (подобно тому, какъ вызывается спазмъ сфинктера мочевого пузыря), такъ какъ они наблюдались въ случаяхъ съ незажившими, хотя и хорошо дренированными, ранами.—Наиболѣе рѣзко были выражены описанные припадки въ случаѣ № 57 хир. (см. стр. 328).

Возможно, что случаи кишечной непроходимости, описываемые Cestan'омъ, Marion'омъ и др. тоже подъ именемъ *рефлекторной* непроходимости были вызваны рефлекторнымъ спазмомъ также одного лишь sphincter ani, какъ это подмѣчено нами.

Къ группѣ осложненій механическаго характера относится также указанное выше *образованіе тромбовъ* въ v. iliaca вслѣдствіе *сдавленія* этой *вены* перитифлитической опухолью.

Сюда же относится случай Kelynack'a, гдѣ вслѣдствіе давленія на мочеточникъ наступила *атрофія почекъ*.

Въ послѣднее время Riese [1]) обратилъ вниманіе еще на одно частое, будто бы, осложненіе при перитифлитахъ—именно на *пізлиты*, развитіе которыхъ онъ объясняетъ также механическимъ путемъ. Осложненіе это онъ видѣлъ при хроническихъ перитифлитахъ, гдѣ имѣлись колоссальныя склейки, окружавшія мочеточники и такъ сильно сдавливавшія ихъ или производившія такіе перигибы, что наступалъ застой мочи въ правой почечной лоханкѣ. Отъ перитифлитическихъ же гнойниковъ, лежащихъ вблизи мочеточниковъ можетъ происходить инфекція мочеточниковъ, а отъ послѣднихъ—почечныхъ лоханокъ.

---

3. *Осложненія, не находящіяся въ непосредственной связи съ перитифлитомъ.*

Во главѣ осложненій *случайнаго характера* у женщинъ должны быть поставлены *заболѣванія половой сферы, беременность, роды и выкидышъ*. На стр. 292 – 348 мы подробно изложили различные виды гинекологическихъ заболѣваній и указали тамъ на взаимное этіологическое соотношеніе ихъ и заболѣваній червеобразнаго отростка, но и помимо непосредственной связи заболѣванія половой сферы, беременность и роды могутъ быть и *случайными осложненіями* перитифлита.

Случайными же осложненіями его могутъ быть и другія заболѣванія всякаго рода, ничего общаго не имѣющія съ основнымъ страданіемъ. Такъ, напр., на нашемъ матеріалѣ наблюдались слѣдующія случайныя осложненія:

---

[1]) Hermes. Einklemmung einer Dünndarmschlinge durch den ringförmig verwachsenen Wurmfortsatz.—Deutsche med. Wochenschr. № 21. 1901.

[2]) Robinson B. H. Acute intestinal obstruction caused by an adherent vermiform appendix, forming a band associated with foetal arrangement of the peritoneum.—Brit. med. Journ. June 3. 1899

[3]) Hawkins E. H.—Brit. med. Journ. June 15 1899.

[4]) Dale Chronic intestinal obstruction, a loop of small intestine strangulated by the vermif. appendix adherent to the ileum. Brit. med. Journ. II. p. 655. 1879.

[5]) Pinard.—Bull. de l'acad. de méd. de Paris № 9. 1900.

[6]) Honzak—Casopis lekaru ceskych 1901.

[7]) Wiard P. et Revon. Grande épiplocèle inguinale étranglée dans la cavité abdominale par l'enroulement de l'appendice iléo-caecale—Bull. et mém. de la. soc. anat. de Paris № 2 1901.

[1]) Riese H. Ueber Pyelitis bei Appendicitis chronica.—Arch. für klin. chir. XI. I, H. 1899.

6 разъ -Influenza: въ случ. №№ 9 и 61 тер. и 32. 35 51 и 52 хир.

1 разъ—Angina follic.: № 5 хир.

2 раза—Rheumatismus art.: № 13 тер. и № 49 хир.

1 разъ—Ren mobile: № 19 тер.

3 раза—Botrioceph. или ascar. lumbr.: №№ 2 т. и 25 и 65 хир.

8 разъ—Pneumonia chronica: №№ 3, 22, 24, 62 т. и 4, 21 65 и 66 хир.

2 раза—Erysipelas faciei.: № 40 тер. и 31 хир.

1 разъ—Nephritis parenchym. ac.: № 45 хир.

1 разъ—Periost. max. sup.: № 62 тер.

3 раза—Haemorroides: №№ 11 и 53 тер. и 62 хир.

2 раза—Cystitis: № 2 тер. и 5 хир.

Изъ этихъ осложненій первыя шесть могутъ быть поставлены въ нѣкоторую этіологическую связь съ основнымъ страданіемъ, (см. главу объ этіологіи), но связь эта, во всякомъ случаѣ, спорная и очень отдаленная.

Что касается послѣдняго осложненія (Cystitis), то Hartmann et Reymond [1]) наблюдали переходъ bact. coli comm. изъ перитифлитическаго гнойника черезъ неповрежденную стѣнку мочевого пузыря съ послѣдовательнымъ циститомъ.

Въ заключеніе приведемъ еще одно интересное осложненіе—*ущемленіе и заболѣваніе червеобразнаго отростка въ грыжахъ.*

Случаи нахожденія червеобразнаго отростка въ грыжевомъ мѣшкѣ опубликованы многими авторами. Уже Dieffenbach [2]) упоминаетъ о двухъ случаяхъ грыжъ червеобразнаго отростка. Scarpa въ своей монографіи «Abhandlung über die Brüche» приводитъ нѣсколько случаевъ и даетъ рисунки къ нимъ. Luschka на вскрытіи одного трупа нашелъ червеобразный отростокъ въ грыжевомъ мѣшкѣ.

Въ послѣдующее время случаи нахожденія червеобразнаго отростка въ грыжевомъ мѣшкѣ опубликовываются все чаще и чаще и Hill [3]) высчитываетъ грыжи червеобразнаго отростка въ 1,5% всѣхъ грыжъ. Такой же приблизительно % даетъ и Iaia [4]), именно на 158, грыжъ оперированныхъ Colzi (изъ Флоренціи), въ 27 случ. были грыжи червеобразнаго отростка.

[1]) Hartmann et Reymond.—Assoc franç. d'urol. II. 324—330. 1898.

[2]) Dieffenbach.—Operative Chirurgie. Bd. II, p. 672, 602.

[3]) Hill. Hernia of vermiform appendix.—Med. Record. Aug. 26 1899.

[4]) Iaia. Sull'ernia dell'appendice vermiforme Atti. dell XIII congr. della Societa italiana di chirurgia tento in Turino, oct. 1898.

Въ большинствѣ случаевъ это паховыя грыжи, но наблюдались нерѣдко и *бедренныя*, такъ въ случаяхъ Landsberg'a [1]), Pollonson'a [2]), Guinard'a [3]), E. Swasey [4]), Fowler'a, Routier [5]), Meusser'a, Rotter'a [6]), Hemsted'a [7]), Hill'a, Kölliker'a [8]), Hausson'a [9]) и мн. др. были бедренныя грыжи.

Въ сравненіи съ паховыми грыжами бедренныя грыжи черезобразнаго отростка наблюдаются чаще, чѣмъ обыкновенныя бедренныя грыжи по отношенію къ паховымъ; такъ, напр., Tenney [10]) на 85 паховыхъ грыжъ насчитываетъ 56 бедренныхъ, тогда какъ отношеніе обыкновенныхъ паховыхъ грыжъ къ бедреннымъ равно 8 : 1.

Опубликованы также случаи *лѣвосторонних* грыжъ червеобразнаго отростка; такъ кромѣ выше упомянутыхъ случаевъ Luschka, Lennander'a Красницева (см. стр. 45), о лѣвосторонних грыжахъ сообщаютъ: Hildebrandt, [11]) Hutchinson Jun. [12]), Sonnenburg, Schwarz, [13]) Romme [14]) и др.—Hill же изъ грыжъ червеобразнаго отростка 3% отводитъ на долю лѣвосторонних.

Находили червеобразный отростокъ и въ *пупочных грыжахъ* (Tuffier [15]), Briançon) [16]) и въ *herna obturatoria* (Bary [17]) и Bajardi [18]).

[1]) Landsberg. Beitrag zu der Lehre von den Brüchen und Krankheiten d s Blinddarmfortsatzes.—Allg. med. Centr. Zeit. XV—1846.

[2]) Pollonson M.—Mem. et compt. rend. soc. de sc. méd de Lyon. XXXIII. 1894.

[3]) Guinard. Un cas de hernie étranglée de l'appendice vermiculaire—Bull. de la soc. de chir. 10 Juin 1896.

[4]) Swasey E. A case of femoral hernia of the appendix vermif.—Med. Rec. 25 July. 1881.

[5]) Routier. Hernie de l'appendice iléo-caecal.—Soc. de chir. Séance du 25 nov. 1896.—La sem. médic. p. 788. 1896.

[6]) Rotter. Ueber Perityphlitis.—Berlin. S. 57—60. 1896.

[7]) Hemsted. H. A case of strangulated vermiform appendix forming a femoral hernia.—Brit. med. Journ. p. 1640. 1900

[8]) Kölliker. Th. Zur Diagnose des Wurmfortsatzes als Bruchinhalt.—Centrbl. f. Chir. № 31 1901.

[9]) Haussón.—Centralb. für Chir. № 13 p. 349. 1900.

[10]) Tenney. Appendicitis in a hernial sac.—The Boston med. and surg. Journ. Jan. 4. 1900.

[11]) Hildebrandt. Die Lageverhältnisse des Coecums und ihre Beziehungen zur Entstehung von adss. Coecalbrüchen.—Deut. Zeitschr für Chir. Bd. 33. 1892.

[12]) Hutchinson Jun. On the vermiform appendix in relation to external hernia—Brit. med. Journ. oct 21. 1899.

[13]) Schwarz. A.—Lisenicki viestnik. № 5. 1898.

[14]) Romme.—Deutsch. Zeitchrift für Chir. Bd. XVI.

[15]) Tuffier.—Arch. gén. de méd. 1887.

[16]) Briançon.—Contribution a l'etude des hernies de l'appendice et de l'appendicite herniaire. Paris.

[17]) Bary. Ueber perityphlitische Eiterung in Bruchsäcken.—Inaug. Diss. Greifswald. 1893.

[18]) Приведено у Tenney.

Въ большинствѣ случаевъ червеобразный отростокъ попадаетъ въ грыжевой мѣшокъ вмѣстѣ со слѣпой или тонкой кишкой, но не рѣдки случаи грыжъ и одного червеобразнаго отростка, какъ о томъ сообщаютъ: Jackie [1]), Bary, Routier, Rahn [2]), H. Schmidt [3]), Fowle, Sonnenburg, Lenaunder, Hemsted, Boudin [4]), Hutchinson, Kölliker., Th. Tacke [5]), Mouchet [6]) Briançon, Tenney и др.

Грыжи одного червеобразнаго отростка чаще бываютъ бедренныя, чѣмъ паховыя, такъ напр. Tacke на 6 паховыхъ грыжъ насчитываетъ 9 бедренныхъ.— Объясняется это тѣмъ, что маленькое и неподатливое кольцо бедренныхъ грыжъ чаще пропускаетъ только одинъ червеобразный отростокъ, тогда какъ болѣе податливое кольцо паховыхъ грыжъ вмѣстѣ съ червеобразнымъ отросткомъ пропускаетъ также и другія части кишечника.

Возрастъ больныхъ, у которыхъ наблюдались трактуемыя грыжи, различный: отъ начальныхъ лѣтъ или даже дней до глубокой старости: такъ Meusser наблюдалъ грыжу червеобразнаго отростка у ребенка $1^1/_4$ года, Sonnenburg въ одномъ случаѣ у $1^1/_2$-годового мальчика, а Bilton Pollard [7]) оперировалъ грыжу червеобразнаго отростка у 6-недѣльнаго ребенка, Edler [8]) у 7-недѣльнаго, Минцъ [9]) нашелъ на вскрытіи грыжу черв. отр. у 2-хъ мѣс. ребенка и Kramer [10]) оперировалъ 3-хъ мѣс. ребенка по поводу правосторонней паховой грыжи, содержавшей червеобразный отростокъ, прорвавшейся на 2-ой недѣлѣ жизни ребенка и съ тѣхъ поръ выдѣлявшей калъ. Въ противоположность этому молодому возрасту можно привести примѣры преклоннаго возраста, такъ у Rotter'a двѣ больныхъ были въ возрастѣ 60 и 68 лѣтъ,

[1]) Jackie. Die Erkrankungen des Proc. vermiformis im Bruchsack.—Inaug. Diss. Marburg. 1882.

[2]) Rahn. Ueber die Hernien des Wurmfortsatzes.—Inaug. Diss. Erlangen 1893.

[3]) H. Schmidt. Der Processus vermiformis mit einem Fremdkörper als Inhlat eines Bruchsackes.—Münch. medic. Wochenschr. № 17. 1892.

[4]) Boudin.—Lyon méd. Juin 18. 1899.

[5]) Tacke. S. Epityphlitis in Bruchsack.—Beitr. zur klin. Chir. Bd. 29. 1901.

[6]) Mouchet. Appendicite herniaire simulant un étranglement de l'intestin; kélotomie; résection de l'appendice; guérison.—Gaz. hebd. XLVII. 1900.

[7]) Foliard Bilton—Lancet. v. I. p. 1114. 1895.

[8]) Edler S. M. Acute appendicitis complicating hernia in a very young infant. Montreal med. Journ. March. 1901.

[9]) Минцъ. В. М.—Науч. соб. врачей ст. Екат. больницы въ Москвѣ. Засѣд. 21 сент. 1901. реф. Врачъ стр. 1489. 1901.

[10]) Kramer. Der Proc. vermiform., als Inhalt eines Bruchsackes.—Centralbl. f. Chir. № 39 p. 793. 1892.

а у Hutchinson'a 83-лѣтній старикъ; Tenney оперировалъ 83-лѣтнюю старуху.

Діагнозъ грыжъ червеобразнаго отростка почти невозможенъ, такъ какъ признаки ущемленія даже только одного червеобразнаго отростка такіе же, какъ и ущемленія кишечника на любомъ протяженіи, развѣ только они болѣе близки къ признакамъ грыжъ Bichter'a. Поэтому во всѣхъ опубликованныхъ случаяхъ червеобразный отростокъ констатированъ въ грыжевомъ мѣшкѣ, какъ случайная находка. Извѣстны также случаи, гдѣ и на операціи по вскрытіи грыжевого мѣшка содержимое его не легко опредѣлялось, такъ напр или червеобразный отростокъ принимался за *Фаллопіеву трубу*, или *дивертикулъ* Meckel'a за червеобразный отростокъ, какъ это приводится у Hutchinson'a Jun.

Измѣненія червеобразнаго отростка найдены въ различныхъ степеняхъ: отъ самыхъ незначительныхъ до прободенія, некроза и гангрены. Эти послѣднія измѣненія склоняютъ Sonnenburg'a принимать въ этихъ случаяхъ не ущемленіе, а тотъ же аппендицитъ, только въ грыжевомъ мѣшкѣ: «*Appendicitis perforativa im Bruchsack*», такъ какъ, по его мнѣнію, некротическія измѣненія червеобразнаго отростка аналогичны измѣненіямъ при Appendicitis gangraenosa и являются здѣсь не слѣдствіемъ ущемленія, а имѣютъ воспалительное происхожденіе, за что говоритъ, по его мнѣнію, образованіе абсцессовъ въ этихъ случаяхъ.

Rotter, наоборотъ, признаетъ здѣсь настоящее ущемленіе, такъ какъ измѣненія стѣнокъ червеобразнаго отростка вполнѣ соотвѣтствуютъ измѣненіямъ кишечныхъ стѣнокъ, подвергающихся продолжительному ущемлію, имѣя видъ синекрасный до синечернаго, а не желтовато-коричневый, какъ бываетъ при воспалительномъ некрозѣ. Даже въ тѣхъ случаяхъ, когда воспалительныя явленія въ червеобразномъ отросткѣ начались при отсутствіи ущемленія, по мнѣнію Rotter'a, послѣднее наступаетъ вскорѣ вслѣдствіе увеличенія объема червеобразнаго отростка и влечетъ за собою всѣ свои послѣдствія. За ущемленіе говоритъ также, по его мнѣнію, присутствіе странгуляціонной борозды.

По мнѣнію же Rose [1]) ущемленіе червеобразнаго отростка происходитъ тогда, когда онъ имѣетъ собственную брыжейку и

[1]) Rose. Weitere Beobachtungen über den Bruchschnitt.—Deutsche Zeitschr. f. Chir., Bd. 35 1893.

на основаніи этого Rose мѣшать грыжи червеобразнаго отростка на 2 класса—Wurmanhangsschlingenbrüche и Wurmanhangsendbrüche.

Безспорно, при положеніи (прирожденномъ или пріобрѣтенномъ) червеобразнаго отростка въ грыжевомъ мѣшкѣ, въ отросткѣ могутъ развиться такія же патологическія измѣненія, какъ и при всякомъ другомъ его положеніи и отъ тѣхъ же причинъ, при отсутствіи ущемленія, напр., интересны въ этомъ отношеніи случаи прободенія червеобразнаго отростка въ грыжевомъ мѣшкѣ инородными тѣлами. Такъ H. Schmidt сообщаетъ слѣдующій случай: 53-хъ лѣтняя женщина имѣла около года правосторонюю паховую грыжу. За нѣсколько дней до поступленія опухоль воспалилась, появились боли, но тяжелыхъ явленій ущемленія не было. Опухоль изъязвилась, появился свищъ, изъ котораго выдѣлялась кровь, гной и немного кала. На операціи оказалось, что имѣется грыжа и въ ней перфорированный червеобразный отростокъ. Изъ прободнаго отверстія, находившагося почти посрединѣ отростка, выходилъ острый конецъ довольно большой булавки, головка которой въ дробинку величиною, лежала еще въ червеобразномъ отросткѣ. Выздоровленіе. Какимъ образомъ попала въ кишечникъ булавка, больная не могла объяснить.

Подобный же случай прободного аппендицита въ грыжевомъ мѣшкѣ отъ инороднаго тѣла сообщаетъ Siedel [1]: правосторонняя мошоночная грыжа. Операція. Въ грыжевомъ мѣшкѣ найдена щепка въ 2 снтм. длиною и въ $^3/_4$ снтм. шириною. Смерть. По вскрытіи найдено прободеніе червеобразнаго отростка.

Въ случаѣ Czerny-Haeddaeus воспалительныя явленія въ правой паховой грижѣ у 64-хъ лѣтняго старика музыканта также развивались постепенно. На операціи оказались въ грыжевомъ мѣшкѣ гангренесцированные сальникъ и червеобразный отростокъ въ 12 снтм. длиною, въ просвѣтѣ котораго найдены склеенныя между собою каломъ дробинки.

Schultze [2]) при операціи перитифлита въ грижевомъ мѣшкѣ нашелъ у отверстія на верхушкѣ червеобразнаго отростка кусокъ яичной скорлупы.

По настоящаго времени подобныхъ случаевъ сообщено уже большое число.—Инородныя тѣла своимъ присутствіемъ располагаютъ къ патологическимъ измѣненіямъ червеобразнаго отростка при нахожденіи его въ грыжевомъ мѣшкѣ несравненно больше, чѣмъ при обычныхъ условіяхъ.

[1]) Цит. по Meusser'y

[2]) Schultze. Ein Fall von Appendicitis im Bruchsack.—73 Versamml. deut. Naturforscher und Aerzte im Hamburg. 1901.

Однако, и при отсутствіи инородныхъ тѣлъ допустимо и понятно развитіе воспалительныхъ процессовъ червеобразнаго отростка въ грыжевомъ мѣшкѣ, какъ о томъ имѣются многія сообщенія (Fleisch'a [1]), Tacke, Sonnenburg'a, Ringel'a [2]), Hämig'a [3]), Bender'a [4]), Gross'a [5]), Briançon'a, Brünslow [6]), Tenney и мн. др.).

Отъ этихъ *первичныхъ* перитифлитовъ въ грыжевомъ мѣшкѣ надо отличать *вторичные*, когда червеобразный отростокъ, побывавъ въ грыжевомъ мѣшкѣ и претерпѣвъ тамъ измѣненія (прободеніе или гангрену), возвращается въ брюшную полость и вслѣдствіе своихъ измѣненій вызываетъ перитифлитическій гнойникъ уже въ брюшной полости (см. стр. 149). Происходитъ это большею частью при вправленіи грыжъ en bloc.

Herzog сообщаетъ 2 такихъ случая, оперированныхъ проф. Rose; въ обоихъ случаяхъ грижевой мѣшокъ былъ наполненъ гнойно-гнилостною жидкостью и кромѣ того за внутреннимъ грыжевомъ кольцомъ имѣлась вторая гнойная полость, содержавшая перфорированный червеобразный отростокъ.

Какъ бы переходомъ отъ первичныхъ къ вторичнымъ грыжевымъ перитифлитамъ служатъ тѣ случаи, гдѣ червеобразный отростокъ частью лежитъ въ грыжевомъ мѣшкѣ, частью остается въ брюшной полости, какъ это было въ случаяхъ Rotter'a. Вслѣдствіе ущемленія брыжейки воспаленныя и некротическія явленія совершаются въ обоихъ частяхъ червеобразнаго отростка съ образованіемъ эксудатовъ одновременно внутригрыжевыхъ и внутрибрюшинныхъ.

Наконецъ, Hutchinson Jun. приводитъ случаи ущемленія пахового грыжевого мѣшка отъ нормально расположеннаго червеобразнаго отростка въ брюшной полости, но вблизи грыжевого кольца.

[1]) Fleisch. Perityphlitis im Bruchsack. Inaug. Diss. 1895.

[2]) Ringel. 73 Versamml. deut. Naturforscher und Aerzte im Hamburg. Discussion. 1901.

[3]) Hämig G. (изъ клиники Krönlein'a). Klinische Beobachtungen über Perityphlitis.—Beiträge zur klin. Chir. Bd. XXXI. H 1. 1901.

[4]) Bender H. Hernie crurale appendiculaire, appendicite herniaire.—Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris T. LXXV. № 7. 1900.

[5]) Gross. Ein Fall von Appendicitis perforativa im inguinalen Bruchsack. Operation. Heilung.—Deutsche Zeitschrift für Chir. Bd. 47. 1898.

[6]) Brünslow. Ueber Appendicitis perforativa in Bruchsäcken Inaug. Diss. Greifswald. 1898.

Грыжи червеобразнаго отростка бываютъ или *прирожденныя*, или *пріобрѣтенныя*.

Въ первой половинѣ утробной жизни еще несформировавшійся червеобразный отростокъ находится вблизи яичка, при опусканіи котораго внизъ въ случаѣ ненормально срощеннаго съ нимъ червеобразнаго отростка спускается и послѣдній черезъ паховой каналъ.

Способствуетъ образованію грыжъ слѣпой кишки и червеобразнаго отростка также ненормально длинная брыжжейка слѣпой кишки (mesocoecum) или значительная длина червеобразнаго отростка, такъ, въ случаѣ Routier червеобразный отростокъ имѣлъ въ длину 15 снтм., въ случаѣ Czerny-Haeddaeus—12 снтм., въ случаѣ Schultz'a въ 18 снтм.

Нѣкоторые авторы (Battle [1]), Hutschinson Jun. [2]) объясняютъ развитіе грыжъ червеобразнаго отростка также предшедствовавшими припадками аппендицита: при послѣднемъ червеобразный отростокъ какъ-бы приходитъ въ состояніе эрекціи, уплотняется и удлиняется и вслѣдствіе этого попадаетъ въ имѣющуюся въ данномъ случаѣ грыжу, паховую или бедренную, и въ ней прикрѣпляется склейками къ стѣнкѣ грыжевого мѣшка.

Червеобразный отростокъ можетъ быть увлеченъ въ грыжевой мѣшокъ съ любой частью кишечника при имѣющихся между ними срощеніяхъ. Такъ, мы наблюдали случай паховой грыжи тонкой кишки, гдѣ червеобразный отростокъ лежалъ вблизи внутренняго грыжевого кольца, срощенный съ нимъ и съ ущемленной кишкой.

О весьма рѣдкой аномаліи положенія червеобразнаго отростка сообщаетъ Remedi [3]), именно объ аномаліи, названной имъ *prolapsus processus vermiformis*, при которомъ червеобразный отростокъ, лишенный брюшиннаго покрова, спускается позади брюшины въ паховой каналъ, гдѣ онъ можетъ дать картину грыжи. Sponton назвалъ подобную форму — *забрюшинной грыжей червеобразнаго отростка*.

Въ случаѣ Remedi въ нижней части червеобразнаго отростка развилось нагноеніе, давшее на основаніи клиническихъ явленій діагнозъ перитонита въ грыжевомъ мѣшкѣ. Причиной prolapsus, по

[1]) Battle W. H.- The Lancet v. 1 p. 1631. 1899.
[2]) l. c.
[3]) Remedi. Sul prolapso dell'appendice vermiculare, Atti della R. Academia dei Fisiocritici. Ser. IV. vol. II. по Цит. Centrlbl. für Chir. № 15. 1892.

предположенію Remedi, была, вѣроятно, забрюшинная липома, втянувшая червеобразный отростокъ, подобно тому, какъ втягивается грыжевой мѣшокъ.

На такую аномалію указываетъ также Lockwood [3]).

Глава VII.

Прогнозъ.

Заболѣванія червеобразнаго отростка относятся къ числу серьезныхъ заболѣваній: 1) *по своей смертности*, 2) *по опасности всего болѣзненнаго періода* 3) *по своей продолжительности*, 4) *по своимъ послѣдствіямъ и* 6) *по склонности къ возвратамъ*.

1) *Смертность* при заболѣваніяхъ червеобразнаго отростка, какъ увидимъ ниже, равна въ среднемъ 9 — 10%. Если уже этотъ процентъ достаточно высокъ, чтобы считать заболѣваніе перитифлитомъ весьма серьезной болѣзнью, то для больничной практики больницъ типа нашей Обуховской больницы для бѣднаго трудящагося класса процентъ смертности почти удваивается: такъ по нашей статистикѣ на 163 случая перитифлита смерть послѣдовала въ 28 случаяхъ, т. е., въ 17,2%.

Такой высокій процентъ смертности обусловливается своеобразными условіями нашей больничной практики, такъ что для сравненія его съ цифровыми данными другихъ авторовъ требуются большія поправки:

Во первыхъ, наши больныя почти исключительно принадлежатъ къ трудящемуся, малообезпеченному классу, вслѣдствіе чего лишены возможности въ должной мѣрѣ обращать вниманіе на состояніе своего здоровья и вовремя прибѣгать къ врачебной помощи. За отсутствіемъ свободнаго времени и не сознавая опасности своей болѣзни, онѣ предпочитаютъ, или, вѣрнѣе, принуждены при наступившемъ заболѣваніи или прибѣгать къ домашнимъ средствамъ, какъ, напр., къ

[1]) Locwood C. B. -Med. chir. Trans.. vol. LXIX p. 505.

слабительнымъ, считающимся среди простого народа однимъ изъ полезныхъ средствъ, а тѣмъ болѣе при боляхъ живота; или же, не оставляя своей повседневной работы, онѣ «перемогаются», надѣясь, что столь часто встрѣчающіяся боли живота пройдутъ самостоятельно, пока не разовьются грозныя явленія и не заставятъ ихъ искать помощи въ больницѣ, или же, на самомъ дѣлѣ, при легкости припадка, послѣдній благополучно проходитъ.

Благодаря этому обстоятельству контингентъ нашихъ больныхъ оказывается подобраннымъ въ двухъ отношеніяхъ: съ одной стороны отъ больничнаго леченія ускользаютъ болѣе легкіе случаи, оканчивающіеся благополучно и тѣмъ значительно понижающіе % смертности, а съ другой стороны обращающіеся къ помощи больницъ больные поступаютъ сравнительно поздно, часто съ запущенной болѣзнію или даже въ безнадежномъ состояніи.

Насколько велика разница въ этомъ отношеніи между нашими больными и, напр., больными Rotter'a, дающаго наименьшій % смертности, видно изъ слѣдующей сравнительной таблицы.

Изъ числа нашихъ 140 больныхъ съ ограниченнымъ перитифлитомъ:

поступило	въ	1-й	день	болѣзни	6 человѣкъ
»	»	2-й	»	»	11 »
»	»	3-й	»	»	11 »
»	»	4-й	»	»	17 »
»	»	5-й	»	»	13 »
»	»	6-й	»	»	6 »
»	»	7-й	»	»	10 »
»	»	8-й	»	»	15 »
»	»	9-й	»	»	3 »
»	»	10-й	»	»	5 »
»	»	11-й	»	»	11 »
»	»	12-й	»	»	4 »
»	»	13-й	»	»	1 »
»	»	14-й	»	»	2 »
»	»	15-й	»	»	11 »
»	»	16-й	»	»	1 »
		позднѣе		»	10 »
		неизвѣстно		»	3 »

Всего . . 140 человѣкъ

У Rotter'a изъ 153 больныхъ съ огранич. перитифлитомъ

поступило	въ	1-й	день	болѣзни	28 человѣкъ
»	»	2-й	»	»	36 »
»	»	3-й	»	»	29 »
»	»	4-й	»	»	8 »
»	»	5-й	»	»	4 »
»	»	6-й	»	»	5 »
»	»	7-й	»	»	5 »
»	»	8-й	»	»	18 »
»	»	9-й	»	»	1 »
»	»	10-й	»	»	7 »
»	»	11-й	»	»	1 »
»	»	12-й	»	»	2 »
»	»	14-й	»	»	8 »
между 3 и 4-й недѣл.				»	1 »

Всего . . 153 человѣка

Еще рѣзче бросается въ глаза разница, если взять вмѣстѣ три дня: у Rotter'a въ первые три дня изъ 153 больныхъ поступило въ больницу 93 чел., т. е. 60,9%, у насъ же изъ 140 больныхъ только 28 чел., т. е. 20%. А между тѣмъ при перитифлитахъ особенно важно раціональное леченіе, проведенное съ перваго же дня заболѣванія. За первые дни, такъ сказать, складывается характеръ болѣзни помимо вирулентности инфекціи самой по себѣ еще и смотря по степени раціональности примѣненной терапіи или по отсутствію ея, такъ что дурныя послѣдствія небрежнаго отношенія къ болѣзни въ первые дни не компенсируются уже раціонально примѣняемой терапіей въ послѣдующіе дни, какъ напр. это сказывается на оперативныхъ случаяхъ: такъ мы выше приводили, что въ случаяхъ съ сравнительно болѣе ранней операціей весь періодъ болѣзни и послѣопераціонный періодъ, нѣсколько длиннѣе, чаще осложненія и выше % смертности, чѣмъ въ случаяхъ съ болѣе поздней операціей; на первый взглядъ напрашивается выводъ о невыгодѣ раннихъ операцій, но на самомъ дѣлѣ правильно понимать слѣдуетъ такъ, что плохіе результаты получены не благодаря рано примѣненной операціи, а что, наоборотъ, въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ она примѣнена уже при такихъ условіяхъ при

НБ ХНМА

какихъ она не можетъ исправить послѣдствій неправильнаго леченія въ предыдущемъ періодѣ и вліяніи болѣе тяжкой вирулентности инфекціи (послѣдней, въ особенности), или выражаясь конкретнѣе, въ тѣхъ случаяхъ (съ меньшей вирулентностью инфекціи), гдѣ у насъ при болѣе позднихъ операціяхъ получены лучшіе результаты, при своевременно и правильно примѣненной терапіи, можетъ быть, совершенно не пришлось бы прибѣгать къ операціи, а съ другой стороны въ тѣхъ случаяхъ (съ болѣе тяжелой инфекціей), гдѣ не смотря на сравнительно болѣе раннюю операцію получены худшіе результаты, тамъ при тѣхъ же условіяхъ своевременной терапіи не пришлось бы оперировать такъ часто на столь безнадежныхъ случаяхъ, какъ, напр., на случаяхъ съ разлитымъ перитонитомъ или на случаяхъ, тяжелыхъ въ другихъ отношеніяхъ. Роковой исходъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ, конечно, неизбѣженъ, не смотря ни на какія мѣры, благодаря исключительнымъ особенностямъ ихъ, но число этихъ случаевъ, безспорно, можетъ быть сведено къ извѣстному minimum'у при соблюденіи необходимыхъ къ этому условій леченія и ухода.

Насколько наши больныя представляютъ собою въ общемъ болѣе тяжелые случаи, видно изъ того, что у насъ изъ 163 больныхъ произведена операція у 74 больныхъ, т. е. почти *въ половинѣ случаевъ*, а между тѣмъ у насъ *ни разу* не была примѣнена дѣйствительная, такъ называемая, «*ранняя операція*» («Frühoperation»), какъ понимаютъ ее Sonnenburg и др., тогда какъ у Rotter'а изъ 213 больныхъ операція произведена только у 67 ч., т. е. менѣе чѣмъ въ $^1/_3$ всѣхъ случаевъ. Затѣмъ еще болѣе вѣскимъ доказательствомъ того, что въ нашу больницу поступали болѣе тяжелые случаи, чѣмъ у Rotter'а, является относительное число случаевъ, поступающихъ въ больницу уже съ разлитымъ перитонитомъ, къ числу остальныхъ случаевъ: въ то время какъ у Rotter'а на 213 больныхъ принято съ разлитымъ перитонитомъ только 8 чел. (3,8%) у насъ на 163 больныхъ 18 чел. (11%), т. е. въ три раза больше.

Во вторыхъ, контингентъ нашихъ больныхъ состоитъ исключительно изъ женщинъ, а у нихъ благодаря осложненіямъ со стороны половой сферы смертность при перитифлитѣ выше, чѣмъ у мужчинъ. Такъ изъ числа нашихъ умершихъ больныхъ отъ общаго перитонита 5 лицъ были беременны, у 1-й больной былъ правосторонній гнойный сальпингитъ и 1 больная заболѣла въ послѣродовомъ періодѣ.

Въ третьихъ, наконецъ, нашъ матеріалъ пополненъ также и просмотромъ протоколовъ вскрытій, такъ что у насъ попали въ нашу казуистику и такіе случаи съ смертельнымъ исходомъ, которые не могли попасть, напр., въ статистику Sahli, какъ сомнительные или ложно распознанные при жизни и не провѣренные вскрытіемъ за отсутствіемъ его, такъ какъ его случаи собраны изъ частной практики.

Предпославши эти необходимыя замѣчанія относительно особенностей нашего матеріала, обратимся къ детальному разбору нашихъ случаевъ и сравненію ихъ исходовъ съ данными другихъ авторовъ.

Изъ 163 нашихъ больныхъ, *оперированныхъ* и *неоперированныхъ*, *умерло* 28 чел., что равняется 17,2%.

Этотъ % смертности очень высокъ сравнительно съ %, даваемымъ Sahli въ 9,5% или Rotter'омъ въ 8,9%, а тѣмъ болѣе сравнительно съ выводами Kümmel'я, у котораго на 445 случ. перитифлита смерть послѣдовала только въ 25 случ., т. е. въ 5,7%, но мало отличается отъ % смертности другихъ авторовъ, напр., Körte-Borchardt'а, у которыхъ также было принято много тяжелыхъ случаевъ, именно у Körte-Borchardt'а на 398 больныхъ было 57 случаевъ смерти, что равняется 14,3%. Если же ихъ матеріалъ приравнять хоть нѣсколько къ нашему, то слѣдуетъ исключить 52 случ. оперированныхъ хроническихъ перитифлитовъ, которыхъ у насъ нѣтъ ни одного случая и тогда останется на 346 больныхъ 57 умершихъ, что = 16,5% смертности. У Herzog'а также общій % смертности весьма близокъ къ нашему, именно на 346 случаевъ перитифлита случаевъ смерти было 60, т. е. 17%; у Coley[1]) общій % смертности оперированныхъ и неоперированныхъ случаевъ равняется 12,5%.

Если же приравнять напр., матеріалъ Rotter'а и нашъ, сдѣлавши въ томъ и другомъ однородныя поправки, то разница между его выводами и нашими небудетъ уже столь большой. Именно если выключить изъ числа больныхъ Rotter'а 8 чел., какъ поступившихъ уже съ разлитымъ перитонитомъ, то на его 205 больныхъ — остается умершихъ 11 чел., т. е. 5,3%. Сдѣлавши соотвѣтствующую поправку въ нашемъ матеріалѣ, именно выключивъ 17 человѣкъ, поступившихъ уже съ разлитымъ перитонитомъ, мы полу-

[1]) Coley H.—Prognosis in appendicitis with an illustrative series of 200 cases. — The Lancet. Febr. 10, 1900.

чимъ—11 умершихъ, т. е. 7,5% смертности, при этомъ въ числѣ этихъ 11 человѣкъ, мы оставили ради осторожности троихъ (№ 41 хир. и №№ 7 и 17 тер.), гдѣ собственно осталось невыясненнымъ, имѣлся ли перитонитъ до поступленія въ больницу; кромѣ того, больная случая № 41 хир. долго отказывалась отъ операціи и согласилась уже будучи въ безнадежномъ состояніи и, помимо того, была беременна на 8-мъ мѣс. Такимъ образомъ, бросавшаяся въ глаза столь крупная разница между выводами Rotter'a и нашими не оказывается въ дѣйствительности столь большой.

Всего же *ограниченныхъ* перитифлитовъ у насъ было 140 случаевъ. Изъ этихъ 140 челов. умерло 5 человѣкъ, что равняется 3,8%. Изъ этихъ 5 больныхъ, одна (№ 45 хир.) умерла на 3-й день отъ остраго нефрита и 2 больныхъ (№№ 44 и 51) на 15-й и 13-й день послѣ операціи, отъ крупозной пневмоніи—стало быть, отъ случайныхъ осложненій. Такимъ образомъ, смерть отъ ограниченнаго перитифлита въ строгомъ смыслѣ произошла только въ 2 случ., т. е. въ 1,4%, у Rotter'a на 192 случая ограниченнаго перитифлита смерть произошла въ 5 случ., т. е. въ 2,5%, но этотъ % смертности Rotter путемъ исключенія больныхъ, умершихъ отъ случайной причины или при невыясненномъ діагнозѣ, уменьшаетъ до 2% и даже до 1%, который онъ считаетъ неизбѣжнымъ.

У Herzog'a на 293 случ. ограниченнаго перитифлита смерть послѣдовала въ 8 случ., что = 2,7% смертности.

Выводы относительно *смертности перитифлитовъ при исключительно выжидательномъ леченіи* въ настоящее время не представляются существенно важными и никогда не могутъ быть вполнѣ точны, такъ какъ при самомъ консервативномъ леченіи никто не воздержится отъ оперативнаго вмѣшательства, разъ будутъ на лицо самыя примитивныя показанія къ тому, а при такомъ условіи чистота наблюденій и выводовъ относительно результатовъ терапевтическаго леченія нарушается.

Изъ нашихъ 89 неоперированныхъ больныхъ умерло 10 чел., что = 11,2%. Мы преднамѣренно употребляли выраженіе *«неоперированные»* случаи, такъ какъ въ число этихъ случаевъ, именно въ число умершихъ, вошли случаи, вслѣдствіе ошибочнаго діагноза не леченные согласно соотвѣтствующимъ требованіямъ.

Данныя другихъ авторовъ близко подходятъ къ нашимъ:

У Herzog'a % смертности при выжидательномъ леченіи нѣсколько большій, именно у него на 285 случаевъ было 40 случаевъ смерти, что равно 14%.

Также у Porter'a [1]) на 95 неоперированныхъ случаевъ смертныхъ исходовъ было 13, что = 13,7%.

У Borchardt'a-Körte на 218 больныхъ, леченныхъ терапевтически, умерло 20 чел., что равно 9,1%.

У Sahli на 6740 случаевъ перитифлита при выжидательномъ леченіи было умершихъ 561 ч., что равняется 8,8%.

Значительно меньшій % смертности даютъ Renvers, Curschmann и Aufrecht. Такъ по даннымъ Renvers'a [2]), собраннымъ въ 1890 году, на 2000 случаевъ перитифлитовъ, наблюдавшихся въ арміи, въ 96% поступило выздоровленіе при терапевтическомъ леченіи. Curschmann и Aufrecht [3]) даютъ % смертности при выжидательномъ леченіи также 4,5—5%.

Данныя послѣднихъ авторовъ (Sahli, Renvers, Curschmann'a и Aufrecht'a) не обладаютъ, однако, достаточной точностью, такъ какъ въ число ихъ не вошли случаи съ невыясненнымъ діагнозомъ при жизни, ибо во многихъ случаяхъ отсутствовало вскрытіе, поэтому не вошло много случаевъ смерти отъ перитонитовъ аппендикулярнаго происхожденія, оставшагося внѣ подозрѣнія при жизни.

Поразительно малый % смертности при выжидательномъ леченіи даетъ также Kümmell [4]), у котораго изъ 793 больныхъ, леченныхъ терапевтически, умерло только 17 ч., что равно 2,2% смертности. Такой же почти % смертности у Coley, у котораго изъ 98 больныхъ, леченныхъ выжидательно, умерло только 3 чел.

Причиной смерти неоперированныхъ перитифлитовъ въ въ громадномъ большинствѣ случаевъ, а по нашимъ даннымъ во всѣхъ случаяхъ, бываетъ присоединившійся *общій перитонитъ*.

Такъ, изъ нашихъ 10 чел., умершихъ безъ операціи, 8 челов. (№№ 8, 10, 18, 37, 40, 56, 60 и 63) *поступили уже съ разлитымъ перитонитомъ*, принятымъ, между прочимъ, въ 5 случаяхъ (№№ 8, 18, 37, 60 и 63) за гинекологическій; въ остальныхъ двухъ случаяхъ (№№ 7 и 17), принятыхъ также въ запущенномъ состояніи, если и не было перитонита при поступленіи, то онъ развился очень скоро по принятіи въ больницу.

[1]) Porter M. F.—The Amer. Journ. of the med. sc. Dec. 1893.
[2]) Renvers—Deutsche med. Wochenschrift. № 5, 1891.
[3]) Curschmann u. Aufrecht.—Kongress für innere Medicin. 1895.
[4]) Kümmel.—Verhandl. d. deutsch. Gesellschaft f. chir. XXX Congr. 1901.

У Herzog'a изъ 40 смертельныхъ случаевъ только въ 4-хъ не было общаго перитонита, такъ что смерть отъ другихъ причинъ на 249 случаевъ, леченныхъ терапевтически, приходится въ 1,6%.

У Borchardt'a-Körte на 20 смертельныхъ исходовъ при выжидательномъ леченіи 218 больныхъ только въ 6 случаяхъ не было общаго перитонита, что равняется—2,7%.

У Kümmel'я [1]) изъ 428 больныхъ перитифлитомъ, леченныхъ выжидательно, умерло безъ диффузнаго перитонита 12 челов., что равняется 2,9%.

Смертность неоперированныхъ разлитыхъ перитонитовъ.— Всѣ наши 10 больныхъ съ разлитымъ перитонитомъ, подвергшіяся операціи, умерли. Kümmel изъ 17 случаевъ диффузнаго перитонита при выжидательномъ леченіи въ 9 случаяхъ получилъ выздоровленіе, однако, онъ самъ ставитъ діагнозъ диффузнаго перитонита у выздоровѣвшихъ *sub dubio*, а намъ кажется, вѣрнѣе признать его совершенно неправильнымъ. По наблюденіямъ почти всѣхъ авторовъ общіе перитониты перитифлитическаго происхожденія ведутъ безусловно къ смерти при выжидательномъ леченіи, а по мнѣнію нѣкоторыхъ и при оперативномъ, такъ что наблюденія Kümmel'я стоятъ въ этомъ отношеніи особнякомъ и правильнѣе было бы ихъ отвергнуть, какъ совершенно недоказанныя. У Herzog'a также всѣ 41 случ. общаго перитонита, неподвергшіеся операціи, окончились смертью.

Общая смертность оперированныхъ перитифлитовъ.—Изъ 74 нашихъ больныхъ, подвергшихся *оперативному вмѣшательству*, умерло 18 чел., что равняется 24,3% смертности. Этотъ % смертности при тяжести нашихъ случаевъ нельзя счесть особенно большимъ и онъ мало отличается отъ % смертности оперированныхъ случаевъ, даваемаго другими авторами и даже нерѣдко стоитъ ниже послѣднихъ.

Такъ по даннымъ Sahli изъ 473 оперативныхъ больныхъ умерло 101 чел., что = 21%.

У Rotter'a % смертности оперированныхъ случаевъ даже значительно выше нашего, именно изъ 54 чел. у него умерло 16 чел., что = 29,6%, при этомъ изъ числа 54 чел. у 6 была

[1]) Kümmel.—Berlin. klinische Wochenschrift. № 15. 1898.

рецидивирующая форма и операція произведена въ межприпадковомъ періодѣ, такъ что исключивъ эти 6 случ., получимъ на 48 случ. 16 случ. смерти, что = 30%. Въ послѣднее время Rotter сталъ получать 20% смертности.

У Sonnenburg'a изъ 560 оперированныхъ имъ случаевъ умерло 76 чел., что = 13,5%, но у него 50 человѣкъ было оперировано ради простого аппендицита и 179 ради рецидивирующаго, каковыхъ у насъ не было ни одного случая, такъ что, приравнивая его случаи къ нашимъ, получимъ на 331 случ.—74 смертныхъ исходовъ, т. е., смертность равняется 22,3%.

У Herzog'a на 61 оперированный случай смертельныхъ исходовъ было 20, что даетъ 32,7% смертности.

У Rehn'a [1]) на 180 опер. случаевъ умершихъ было 46 чел. т. е. 28%.

У Porter'a на 353 случая оперированныхъ смертныхъ исходовъ было 64, что = 18,1% смертности.

У Coley'я изъ 102 оперированныхъ больныхъ умерло 22 чел., что = 21,6%.

У Deaver'a на 87 случ. % смертности = 18,7.

У Richardson'a [2]) на 40 оперированныхъ случаевъ умершихъ было 13 чел., что = 32,5%! а по послѣднимъ его даннымъ [3]) % смертности = 26: именно изъ 663 оперированныхъ случаевъ смерть наступила въ 132 случ.

У Kümmel'я изъ 57 больныхъ, оперированныхъ въ острожъ періодѣ, умерло 27 чел. т. е. 48,9%!.

Анализъ смертельныхъ случаевъ показываетъ, что въ большинствѣ изъ нихъ было тяжелое состояніе въ видѣ разлитого перитонита, пилефлебита, сепсиса и т. п. еще до операціи и послѣдняя не могла внести улучшенія въ исходъ.

По выдѣленіи такихъ тяжелыхъ случаевъ въ особую группу оказывается, что *ограниченные перитифлиты* безъ тяжелыхъ осложненій до операціи даютъ послѣ операціи весьма небольшой % смертности, какъ сейчасъ увидимъ.

---

[1]) Rehn. Die chir. Behandl. d. acuten Appendicitis.—Verhand. d. deutsch. Gesellschaft f. Chir. XXX. Congr. 1901.

[2]) Richardson. M. Remarks on the surgical treatment of appendicitis.—The Boston. med. a surg. Journal. CXXVII № 5. 1892.

[3]) Richardson M. H. and G. W. Brewster. The Boston med. and surg. Journal. 14—21 July. 1898.

Смертность оперированныхъ ограниченныхъ перитифлитовъ. — Изъ нашихъ 18 смертельно окончившихся случаевъ (изъ числа 74 оперированныхъ) въ 9 случаяхъ (№№ 20, 29, 36, 40, 46, 47, 54, 66 и 67) имѣлся уже развитой перитонитъ еще при поступленіи въ больницу, въ 2 случаяхъ (№№ 1 и 4) общій перитонитъ развился въ больницѣ до операціи, въ 1 случаѣ (№ 53), окончившемся выздоровленіемъ, общій перитонитъ имѣлся при поступленіи, и наконецъ слѣдуетъ исключить 1 случай (№ 45), гдѣ имѣлся нефритъ еще до операціи. Такимъ образомъ остается 61 случай оперированныхъ ограниченныхъ перитифлитовъ безъ тяжелыхъ осложненій до операціи и изъ нихъ въ 6 случаяхъ послѣдовалъ смертельный исходъ, что равно 9,8% *смертности*.

Это и есть дѣйствительный % смертности ограниченныхъ перитифлитовъ, подвергающихся операціи, какъ слѣдуетъ его понимать, но онъ значительно понижается, если исключить осложненія, появляющіяся впослѣдствіи. Однако, въ виду связи между основнымъ страданіемъ и осложненіями, хотя и не всегда замѣтной, не слѣдуетъ отвергать эти осложненія, какъ совершенно случайныя. Въ этомъ смыслѣ мы и разсматриваемъ ниже исходы при отсутствіи тѣхъ или другихъ осложненій, какъ бы доводя до того конечнаго пункта, когда можно было бы выставить ограниченный перитифлитъ за непосредственную причину смерти, т. е., насколько послѣдняя независѣжна даже при отсутствіи осложненій, стоящихъ въ отдаленной связи съ основнымъ страданіемъ.

Такъ, изъ 61 выше указанныхъ больныхъ у четверыхъ (№№ 11, 52, 55 и 57) развился въ послѣ-операціонномъ періодѣ *разлитой перитонитъ*, повлекшій за собою смерть въ *двухъ* первыхъ случаяхъ; въ двухъ другихъ случаяхъ въ послѣопераціонномъ періодѣ присоединилось осложненіе *крупозной пневмоніей*. Такимъ образомъ, только *въ двухъ случаяхъ* (№№ 62 и 78) смерть послѣдовала при *остающемся ограниченномъ перитифлитѣ и при отсутствіи случайныхъ осложненій*, что равняется 3,4% смертности. Въ этихъ двухъ случаяхъ смерть послѣдовала отъ сепсиса съ заносами въ легкое и печень.

У Herzog'a изъ 29 оперированныхъ случаевъ ограниченнаго перитифлита умерло 4 чел., что = 13,7% смертности, но у всѣхъ его 4 умершихъ больныхъ имѣлись осложненія, непосредственно связанныя съ основнымъ заболѣваніемъ, а не случайныя, какъ у нашихъ больныхъ.

У Rehn'a на 85 оперированныхъ случаевъ ограниченнаго перитифлита смертныхъ случаевъ было 8, т. е., 9,4%.

У Rotter'a на 19 оперированныхъ случаевъ ограниченнаго перитифлита смерть послѣдовала только въ 1 случаѣ, что = 5,3% и въ послѣднее время на 96 случаевъ въ 5%.

У Kümmel'я изъ 11 оперированныхъ больныхъ съ ограниченнымъ перитонитомъ умерло 5 чел. что = 45,5%!

Совершенно въ особомъ положеніи находятся данныя Sonnenburg'a относительно смертности при ограниченныхъ перитифлитахъ. Въ виду *чрезвычайной важности* этого вопроса и въ виду пріобрѣтеннаго Sonnenburg'омъ репутаціи крупнаго авторитета въ ученіи о перитифлитахъ, мы позволимъ себѣ остановиться на его данныхъ и выводахъ нѣсколько подробнѣе. Въ одной своей работѣ [1]), настаивая на безопасности ранней операціи въ острожъ періодѣ, онъ говоритъ: «Besser, als alle Raisonnements spricht für die Wichtigkeit dieser meiner Anschauung *meine eigene Statistik. Bei* 150 *Fällen*, in denen es sich um circumscripte Abscesse bei der Appendicitis perforativa oder gangraenosa handelte und wo ich während des Anfalles selbst operiert habe, habe ich *keinen einzigen Todesfall zu beklagen gehabt*»... (!!)

Столь поразительные результаты достигнуты, однако, только на бумагѣ простой операціей—отчисленіемъ всѣхъ случаевъ ограниченнаго перитифлита, окончившихся смертью, въ рубрику осложненій, и при этомъ безъ всякой осторожности, не обращая вниманія, насколько эти осложненія стоятъ въ тѣсной связи съ основнымъ страданіемъ и не являются ли они даже послѣдствіемъ оперативнаго вмѣшательства. Такъ, 4 случая смерти вслѣдствіе осложненій метастатическими абсцессами легкихъ и печени, несомнѣнно перитифлитическаго происхожденія, произошли при ограниченномъ перитифлитѣ, хотя бы и съ запоздалой операціей. Особенно же произвольны его отчисленія ограниченныхъ перитифлитовъ въ рубрику разлитыхъ перитонитовъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ ограниченные перитифлиты такъ и остались до самой смерти, а въ нѣкоторыхъ разлитые перитониты присоединились уже въ послѣопераціонномъ періодѣ. Возьмемъ нѣсколько примѣровъ:

Случ. 145 [2]). Операція: Опорожненіе большаго гнойника. Смерть черезъ нѣсколько дней. Вскрытіе: позади мочевого пузыря глубоко въ маломъ тазу второй очень большой гнойникъ, къ которому идетъ очень длинный перфорированный червеобразный отростокъ.

[1]) Sonnenburg, Neuere Erfahrungen über Appendicitis.—Mitteilungen aus d. Grenzgeb. d. Med. und Chir. 3 Bd. I. H. 1898.

[2]) Цит. по 3-му изданію. 1897.

Здѣсь, стало быть, не было никакихъ другихъ особенныхъ осложненій, кромѣ ограниченнаго перитифлитическаго гнойника, который, можетъ быть, удалось бы опорожнить черезъ прямую кишку.

Случ. 154. Діагнозъ: опухоль правосторонняхъ придатковъ. Операція: лапаротомія по средней линіи. Выведеніе и осмотръ сначала лѣвыхъ, а затѣмъ правыхъ придатковъ не обнаружили въ нихъ ничего ненормальнаго; опухоль не находилась ни въ какой связи съ половыми органами. При осторожномъ ощупываніи ихъ появился внезапно вопчій гной вблизи нижняго угла раны. Старательная тампонада свободной брюшной полости. Затѣмъ типичный разрѣзъ у края таза. Дренажъ и тампонада. Смерть. Вскрытіе: общій перитонитъ.

Хотя эта операція произведена не самимъ Sonnenburg'омъ и онъ указываетъ на ея неправильность, но все таки не слѣдуетъ этотъ случай вычеркивать изъ рубрики ограниченныхъ перитифлитовъ и помѣщать подъ рубрику общихъ перитонитовъ, такъ какъ общій перитонитъ развился послѣ операціи.

Случ. 160. Вскрытъ ограниченный большой гнойникъ; вскорѣ смерть. Вскрытіе: *сѣтчатый* фибринозный перитонитъ.

Въ случ. 166, 176 и 177—общаго перитонита не найдено и на вскрытіи. Sonnenburg приписываетъ смерть сепсису. Въ случ. 166 былъ большой, не вскрытый на операціи, но совершенно ограниченный гнойникъ. Въ случ. 176 былъ забрюшинный гнойникъ и въ случ. 177 довольно значительный внутрибрюшинный гнойникъ. Всѣ три случая представляютъ собою типичную клиническую и патолого-анатомическую картину ограниченнаго перитифлита. Смерть, безспорно, наступила здѣсь отъ септическаго отравленія, но выключать эти случаи изъ числа ограниченныхъ перитифлитовъ по этой причинѣ, по меньшей мѣрѣ, странно.

Въ случ. 179 былъ вскрытъ ограниченный со всѣхъ сторонъ гнойникъ; при отыскиваніи черезбрюшного отростка *два раза была вскрыта свободная брюшная полость.* Смерть черезъ 8 дней при явленіяхъ общаго перитонита. Вскрытія не было.

Въ этомъ случаѣ на операціи констатированъ ограниченный со всѣхъ сторонъ склеившимися петлями кишекъ гнойникъ. Не вѣрнѣе ли было бы и этотъ случай отнести къ ограниченнымъ перитифлитамъ, а причину общаго перитонита искать въ оперативныхъ манипуляціяхъ, поведшихъ къ вскрытію свободной брюшной полости?

Въ случаѣ 181 смерть послѣдовала на 2-й день послѣ операціи, состоявшей въ опорожненіи ограниченнаго гнойника. Вскрытія не было. Sonnenburg причину смерти ставитъ подъ вопросомъ—Sepsis? Herztod? Почему онъ не относитъ этотъ случай къ ограниченнымъ перитифлитамъ, остается совершенно невыясненнымъ; не относитъ онъ его и къ диффузнымъ перитонитамъ.

Въ случаѣ 182 былъ вскрытъ большой ограниченный гнойникъ. Смерть на

2-й день. Вскрытія не было. Діагнозъ Sonnenburg'а: Wahrscheinlichkeitsdiagnose: Zunahme der bereits bei der Operation vermutheten diffusen Peritonitis. Между тѣмъ въ исторіи болѣзни нѣтъ нѣкоихъ данныхъ, чтобы позорѣвать здѣсь общій перитонитъ, недаромъ и Sonnenburg ставитъ такой діагнозъ: вѣроятно, подозрѣваемый при жизни перитонитъ!

Въ случаѣ 203 до операціи опредѣлялась ясно ограниченная опухоль. *Двухмоментная* операція Sonnenburg'а: при первой операціи, состоявшей изъ разрѣза кожныхъ покрововъ, опухоль ясно опредѣлялась и къ верхушкѣ ея былъ проведенъ тампонъ; при второй же операціи при снятіи тампона ясно прощупывался опухоль исчезла. Смерть въ тотъ же день. На вскрытіи найдена ограниченная полость, отдѣляемая плотными сращеніями отъ остальной брюшной полости; въ стѣнкахъ гнойника найдены отверстія, ведущія въ свободную брюшную полость, одно отверстіе, между прочимъ, лежало какъ разъ у верхушки толстой дренажной трубки (не была ли послѣдняя и причиной этого отверстія?). Очевидная неудача операціи этого случая, какъ и случ. 154, колеблющая выставленный Sonnenburg'омъ тезисъ «Die Operation ist ungefährlich», заставляетъ его причину неудачъ выработанныхъ имъ оперативныхъ пріемовъ слагать на лицъ, слѣдовавшимъ послѣднимъ: «in diesem sowie einigen anderen während meiner Abwesenheit operirten Fällen ist von dem methodischen Operationsverfahren abgewichen worden» дѣлаетъ онъ сноску къ этому случаю.

Какъ бы тамъ ни было, его статистическіе выводы имѣли бы большую научность, если бы онъ придерживался при своихъ классификаціяхъ болѣе научнаго критерія, чѣмъ вышеизложенный.

Этими примѣрами не исчерпываются всѣ подобные случаи; въ нѣкоторыхъ изъ нихъ, при краткости и неясности описанія, если и нельзя установить картину ограниченнаго перитифлита ко времени операціи, то также не возможно признать существованія диффузнаго перитонита до операціи.

На основаніи всего вышеизложеннаго статистическіе выводы Sonnenburg'а, если и не теряютъ всякое значеніе, то требуютъ весьма значительныхъ поправокъ.

Смертность оперированныхъ разлитыхъ перитонитовъ

Роковые исходы *диффузныхъ перитонитовъ* и при оперативномъ вмѣшательствѣ удерживаютъ господствующее положеніе по своему числу, сравнительно съ благопріятными исходами. Можно сказать, нѣкоторыхъ авторовъ, во всѣхъ случаяхъ—операція является или ной мѣрой, въ громадномъ же большинствѣ случаевъ, а по мнѣнію что только въ исключительныхъ случаяхъ операція является спаситель-

ultimum refugium, или совершенно излишней. Въ этомъ отношеніи, пожалуй, и теперь еще будетъ у мѣста наименованіе общихъ перитонитовъ *peritonitis lethalis* прежнихъ авторовъ, въ противоположность *peritonitis circumscripta*.

Изъ нашихъ 16 больныхъ (№№ 1, 11, 20, 29, 36, 40, 41, 46, 47, 52, 53, 54, 55, 57, 66 и 67) съ общимъ перитонитомъ, подвергавшихся операціи, выздоровѣло только 3 (№ 53, 55, 57) такъ что смертность равняется 81,2%.

Эти *три* случая, однако, по формѣ перитонита являются одними изъ легкихъ, къ тому же и условія ихъ развитія и оперативнаго вмѣшательства были благопріятными. Такъ, въ 2 случаяхъ (№№ 55 и 57) развитіе общаго перитонита шло постепенно: именно здѣсь имѣлась форма наростающаго фибринозно-гнойнаго перитонита, развившагося изъ ограниченнаго перитифлита, подвергавшагося уже передъ тѣмъ операціи, такъ что имѣлся, хотя и неполный, отокъ гнойной жидкости, благодаря чему дѣйствіе токсическихъ веществъ не могло развернуться во всей силѣ. Къ тому же, не вся брюшная полость была захвачена воспалительнымъ процессомъ: верхняя треть ея, надо думать, осталась непораженной. Въ 3-мъ случаѣ (№ 53) операція была удачно произведена въ самомъ началѣ развитія перитонита, когда еще инфекція не развилась въ значительной степени; кромѣ того, въ этомъ случаѣ вѣроятно, общій перитонитъ исходилъ изъ половыхъ органовъ и былъ, стало быть, болѣе доброкачественнаго гонорройнаго происхожденія.

Въ случаяхъ №№ 1 и 11, гдѣ также имѣлась форма наростающаго фибринозно-гнойнаго перитонита, при своевременномъ оперативномъ вмѣшательствѣ можно было бы надѣяться на успѣшный исходъ (оба случая относятся къ 1892—93 г.г.).

Въ остальныхъ случаяхъ при томъ состояніи, въ какомъ поступили больные, надеждъ на помощь отъ оперативнаго вмѣшательства было весьма мало: въ этихъ случаяхъ была гнойно-гнилостная форма перитонита, форма наиболѣе частая при заболѣваніяхъ червеобразнаго отростка, а въ одномъ случаѣ (№ 66) имѣлся, кромѣ того, туберкулезный перитонитъ.

Если въ литературѣ описываются благопріятные исходы различныхъ перитонитовъ послѣ оперативнаго вмѣшательства, то въ громадномъ большинствѣ случаевъ это приходится на долю наростающихъ фибринозно-гнойныхъ перитонитовъ, дающихъ благопріятный исходъ благодаря своей особенности развиваться постепенно и не захватывать безусловно всей брюшной полости. При другихъ же

септическихъ формахъ, какъ при гнойно-гнилостной и при т. наз. перитонеальномъ сепсисѣ, при которыхъ, благодаря отсутствію отграничивающихъ склеекъ, инфекціонное септическое начало безпрепятственно распространяется по всей брюшной полости, прогнозъ при оперативномъ вмѣшательствѣ такъ же плохъ, какъ и безъ послѣдняго. Только въ начальныхъ стадіяхъ, когда интоксикація организма еще не достигла значительной степени и инфекція не успѣла захватить всей брюшной полости, прогнозъ можетъ быть болѣе благопріятнымъ.

Herzog приводитъ 6 случаевъ диффузнаго перитонита, подвергшихся операціи и окончившихся смертью въ 3 случ. въ день операціи, въ 2 случ. на 2-ой день и въ одномъ случаѣ на 17-й день послѣ операціи. Смертность=100%.

Такіе же результаты операціи получены и Kümmell'емъ при гнойныхъ или гнилостныхъ перитонитахъ; всѣ, оперированные имъ больные (6 ч.) погибли.

Недавно Krogius собралъ изъ литературы 680 случаевъ диффузнаго перитонита, подвергшихся операціи, изъ нихъ выздоровленіе наступило только въ 194 случаяхъ, а смерть—въ 486 случ., т. е. въ 71,5%.

У Körte изъ 34 оперированныхъ имъ случаевъ диффузнаго перитонита 13 случ. окончились выздоровленіемъ и 21—смертью, что=61,8% смертности.

У Rotter'а результаты отъ оперативнаго вмѣшательства получились лучше, именно изъ 26 ч. выздоровѣло 11 ч. и умерло 15. Смертность=57,7%. Въ послѣднее время исходы операцій общихъ перитонитовъ у Rotter'а [1]) стали еще значительно лучше, именно % смертности понизился до 34%, что Rotter объясняетъ введеніемъ улучшенной техники:—введеніемъ метода вскрытія тазовыхъ затековъ при общихъ перитонитахъ per rectum, per vaginam, или черезъ промежность.

У Merthens'а [2]) на 113 оперированныхъ случаевъ диффузнаго перитонита умершихъ было 63 ч., т. е. смертность=55,8%.

У Rehn'а на 71 операцій. случ. диффузнаго перитонита смертныхъ случаевъ было 38. Смертность=53,5%.

Barling [3]) на 26 случ. оперированныхъ общихъ перитонитовъ умершихъ имѣлъ 11 ч., т. е., 42,3%.

[1]) Rotter.—Verh. d. d. Ges. f. Chir. XXX Cong. 1901.
[2]) Merthens. Ueber allgemeine Peritonitis bei Appendicitis.—Mitt. a. d. Grenzg. d. Med. u. Chir. Bd. VI. 1900.
[3]) Barling. Appendicitis. The results of operation in 117 cases etc.—Edinburg. med. Journ. Dec. 1899.

Необыкновенно хорошіе результаты отъ операціи диффузныхъ перитонитовъ получены, будто-бы, Murphy[1]) еще въ 1894 году, такъ по его даннымъ изъ 36 случаевъ оперированныхъ септическихъ перитонитовъ смерть послѣдовала только въ 12 случаяхъ, что= 33⅓% смертности.

Sonnenburg изъ 110 оперированныхъ имъ случаевъ диффузнаго перитонита въ 56 случ. получилъ выздоровленіе и въ 54 смерть, что—49% смертности. Эти 110 случаевъ онъ раздѣляетъ на три группы:

I. Фибринозно-гнойные перитониты: 60 случ.—39 выздор. 21 смерть= 35% смертности.

II. Гнилостно-гнойные перитониты при Appendicitis perforativa: 23 случ., въ 9 случ. выздор. и въ 14 случ. смерть—60% смерт.

III. Гнилостно-гнойные перитониты при App. gangraenosa: 27 случ.—въ 8 случ. выздоров., въ 19 смерть—70%[2]) смертности.

Однако, къ даннымъ Sonnenburg'а и къ его выводамъ слѣдуетъ отнестись и здѣсь съ большою осторожностью. Такъ, уже съ самаго начала своихъ статистическихъ выкладокъ онъ выбрасываетъ 4 случ., какъ оперированныхъ по срединной линіи, что, будто бы, по его мнѣнію, должно давать худшіе результаты, чѣмъ при рекомендуемомъ имъ косомъ боковомъ разрѣзѣ (Flankenschnitt). Насколько выгоденъ тотъ или другой разрѣзъ, мы будемъ говорить въ другомъ мѣстѣ, но во всякомъ случаѣ на основаніи только этихъ соображеній выключать случаи, намъ кажется, недостаточнымъ. Во всякомъ же случаѣ, при рекомендуемомъ разрѣзѣ (Flankenschnitt), не позволяющемъ свободнаго осмотра брюшной полости на сколько нибудь значительномъ протяженіи, приходится на слово вѣрить Sonnenburg'у, что въ приводимыхъ имъ случаяхъ диффузнаго перитонита дѣйствительно имѣлся таковой, такъ какъ изъ его описанія этого не видно.

Такъ, изъ приводимыхъ имъ случаевъ въ группѣ «progrediente fibrinös-eitrige Peritonitis» мы можемъ по описанію только въ трехъ случаяхъ признать разлитой перитонитъ, бывшій до операціи и эти случаи окончились смертью, въ остальныхъ же

[1]) Murphy. De l'appendicite. 114 observations personelles.—XI Internat. Congress de Rome. Séance 29 mars. 1894.

[2]) Въ позднѣйшихъ своихъ статистическихъ данныхъ Sonnenburg (Bemerkungen zur diffusen Peritonitis bei Appendicitis.—Prag. med. Wochenschr. № 15. 1901), даетъ еще меньшій % смертности при общемъ перитонитѣ, а именно:
при наростающемъ фибринозномъ перитонитѣ—въ 29% и
при гнилостно-гнойномъ перитонитѣ въ 56%.

9 случаяхъ, окончившихся выздоровленіемъ, были несомнѣнные типичные ограниченные перитифлитическіе гнойники. Во всѣхъ описаніяхъ этихъ послѣднихъ случаевъ повторяются выраженія «Keine Eröffnung der freien Bauchhöhle», или «Freie Bauchhöhle nicht eröffnet», или «es wird Abstand genommen den Wurmfortsatz zu entfernen um freie Bauchhöhle nicht zu eröffnen», или же прямо указывается, что вскрывались гнойники, ограниченные или крѣпкими склейками (Schwarten) или же плотно склеившимися петлями кишекъ. На основаніи какихъ данныхъ признавались Sonnenburg'омъ въ этихъ случаяхъ разлитые перитониты, рѣшить невозможно, недаромъ онъ и самъ ставитъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ клинической діагнозъ: «*Peritonitische Reizung*» или еще лучше: «*Starke peritonitische Reizung. Circumscripte Peritonitis rechts*» (sic!).

Все вышеизложенное относительно смертности при заболѣваніяхъ червеобразнаго отростка приводитъ къ слѣдующимъ заключеніямъ:

1) *Забольванія червеобразнаго отростка, пока воспалительный процессъ локализуется въ отросткѣ и ограничивается частью брюшной полости, даютъ небольшую смертность: отъ 1 до 2%.*

2) *Съ развитіемъ же общаго перитонита смертность поднимается отъ 60 до 100%.*

3) *Въ общемъ, забольванія червеобразнаго отростка при исключеніи совершенно случайныхъ осложненій даютъ смертность въ 9—11%*[1]).

4) *Большая часть диффузныхъ перитонитовъ, оканчивающихся смертью, съ самаго начала принимаетъ тяжелое теченіе вслѣдствіе высокой степени вирулентности инфекціи, такъ что смертельный исходъ въ этихъ случаяхъ неизбѣженъ не смотря ни на какое леченіе и*

5) *Вообще, значительная часть смертельно оканчивающихся забольваній червеобразнаго отростка относится именно къ этой послѣдней группѣ, другая же часть обнимаетъ случаи, гдѣ развитіе перитонита и другихъ осложненій наступаетъ впослѣдствіи послѣ предшествовавшаго болѣе благопріятнаго теченія, обѣщавшаго лучшій прогнозъ.* Напр., изъ ограниченнаго

[1]) Rotter путемъ болѣе строгаго исключенія случайныхъ обстоятельствъ, неблагопріятно вліяющихъ на теченіе болѣзни (напр. невѣрность діагноза, запоздалая операція и т. д.) понижаетъ % смертности до 7,5%, каковой признаетъ неизбѣжнымъ, несмотря ни на какое леченіе.

перитонита вслѣдствіе какихъ либо чисто внѣшнихъ причинъ: (рановременнаго оставленія постели, нарушенія діэты, механическихъ инсультовъ и т. д.), развивается общій перитонитъ.

---

2) *Опасность заболѣваній червеобразнаго отростка* не ограничивается только острымъ періодомъ, но остается и по минованіи острыхъ явленій *въ теченіе всего времени*, пока держится воспалительный инфильтратъ. Нецѣлесообразное леченіе, погрѣшности въ діэтѣ, раннее оставленіе постели и т. п. могутъ обострить процессъ до его первоначальной или даже до болѣе тяжелой степени. Эта опасность обострѣній тѣмъ болѣе велика, что больные по прекращеніи острыхъ явленій, при наступившемъ хорошемъ самочувствіи, отсутствіи болей и вообще при общемъ хорошемъ состояніи, считаютъ себя уже здоровыми и поэтому легко отступаютъ отъ предписанныхъ врачемъ мѣръ предосторожности, тогда какъ воспалительный процессъ еще не закончился, находясь въ періодѣ обратнаго развитія, которое можетъ прерваться тѣмъ или другимъ инсультомъ. Произведенная операція даже въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ имѣются налицо всѣ данныя для гладкаго послѣопераціоннаго теченія не гарантируетъ до полнаго заживленія раны отъ могущихъ быть осложненій: оставшійся гдѣ либо въ глубинѣ гнойной полости карманъ можетъ преждевременно закрыться отъ остальной полости и при происшедшей, такимъ образомъ, задержкѣ отдѣляемаго въ немъ дать начало развитію новаго гнойника, который не всегда можетъ найти выходъ въ старую полость, и въ такихъ случаяхъ гнойникъ развивается по направленію къ свободной брюшной полости. Такія осложненія могутъ быть даже болѣе тяжелыми, чѣмъ первоначальный гнойникъ.

Наглядной иллюстраціей къ тому могутъ служить слѣдующіе наши случаи: въ случаѣ № 55 былъ вскрытъ большой гнойникъ типичнымъ для перитифлита разрѣзомъ; вначалѣ послѣопераціонный періодъ шелъ довольно гладко, но затѣмъ начало наступать ухудшеніе съ поднятіемъ t^0 и со всѣми данными, указывающими, что гдѣ то въ глубинѣ происходитъ задержка гноя. Новый гнойникъ сталъ распространяться книзу и вглубь, гдѣ и пришлось его вскрыть надъ лѣвой spina ant. sup. os. ilei. Къ этому времени гнойникъ занималъ уже почти всю нижнюю половину брюшной полости, тогда какъ первоначально ограничивался правой подвздошной областью.

Еще болѣе поразительный примѣръ представляетъ случай № 57. Здѣсь ко дню первой операціи имѣлся подъ слѣпой кишкой ограниченный и умѣренныхъ размѣровъ гнойникъ, который и былъ вскрытъ обычнымъ разрѣзомъ. Послѣопераціонный періодъ шелъ вполнѣ гладко въ теченіе болѣе 3-хъ недѣль, и все обѣщало скорое заживленіе раны; полость гнойника почти уже выполнилась и частью зарубцевалась, какъ опять начали развиваться явленія нагноенія и при томъ несравненно болѣе бурныя, чѣмъ первоначальная болѣзнь. Это осложненіе едва не свело больную въ могилу, тогда какъ не задолго до него разсчитывали на скорое выздоровленіе. На второй операціи разрѣзомъ въ лѣвой подвздошной области установлено, что нагноеніе шло отъ первоначальнаго гнойника и, вѣроятно, отъ образовавшагося здѣсь небольшаго калового свища, не къ первоначальному разрѣзу и къ невполнѣ еще закрывшейся полости, а къ средней линіи и затѣмъ къ лѣвой подвздошной области. Въ случ. № 50 также въ теченіе болѣе 2-хъ недѣль послѣ операціи гнойныя полости начали быстро закрываться, сама опухоль быстро уменьшаться, а затѣмъ опять начала увеличиваться, приплавъ несравненно большіе, чѣмъ первоначальные, размѣры и тѣмъ затянувъ періодъ выздоровленія на продолжительное время. Въ случаѣ № 73 послѣ благопріятнаго послѣопераціоннаго періода развились явленія сепсиса съ гнойными запосами въ печень, и т. п.

Кромѣ затековъ въ послѣопераціонномъ періодѣ образовавшіеся сросшенія въ области гнойника между кишечными петлями могутъ повести къ неполной или даже полной кишечной непроходимости, такъ напр. въ случаяхъ №№ 44 и 52 при ограниченномъ гнойникѣ съ свободнымъ оттокомъ гноя начали спустя нѣсколько дней послѣ операціи развиваться явленія кишечной непроходимости, способствовавшей смертельному исходу.

О другихъ осложненіяхъ, наблюдающихся въ періодѣ выздоровленія, см. главу объ осложненіяхъ.

---

3) *Продолжительность болѣзни* также надо признать довольно значительной. Хотя мы видѣли, что она бываетъ въ благопріятныхъ случаяхъ не больше 1 недѣли, но съ другой стороны мы видѣли, что она можетъ продолжаться болѣе 2-хъ мѣсяцевъ, а въ среднемъ по нашимъ даннымъ до 24 дней, т. е. $3^1/_2$ недѣли при выжидательномъ леченіи. Въ случаяхъ же, потребовавшихъ операціи, продолжительность болѣзни несравненно больше, какъ приведено выше, именно *средняя* продолжительность равняется *58 днямъ* при *наименьшей* въ *14 дня* и при *наибольшей* въ *142 дня*.

---

4) Что касается *послѣдствій* воспаленій червеобразнаго отростка то, помимо возвратовъ, они довольно разнообразны и нѣкоторыя изъ нихъ весьма серьезны. Такъ, въ главѣ объ осложненіяхъ мы отмѣтили, что въ этіологіи *нарывовъ печени* весьма часто отмѣчается заболѣваніе червеобразнаго отростка, бывающее иногда задолго до того, даже на разстояніи нѣсколькихъ лѣтъ. Отъ бывшихъ воспалительныхъ процессовъ вокругъ червеобразнаго отростка и слѣпой кишки могутъ остаться склейки и тяжи, даже и не особенно большія, но могущія повести къ тяжелымъ явленіямъ разнообразныхъ видовъ механической кишечной непроходимости: перетяжекъ, перегибовъ, заворотовъ и т. д.

Послѣ операцій прибавляется новое послѣдствіе въ видѣ *рубца* на мѣстѣ разрѣза. Рубецъ скоро растягивается и даетъ начало образованію *грыжи (эвентраціи)*. Не всегда можетъ предупредить образованіе эвентраціи послойное закрытіе раны. Во всякомъ же случаѣ послѣ операціи, съ послойнымъ ли закрытіемъ раны или нѣтъ, требуется на долгое время соблюденіе извѣстныхъ мѣръ предосторожности, осложняющихъ жизнь лицъ, перенесшихъ заболѣваніе червеобразнаго отростка; для нѣкоторыхъ же больныхъ, живущихъ тяжелымъ трудомъ, соблюденіе необходимыхъ мѣръ предосторожности составляетъ весьма трудное и даже невыполнимое требованіе.

---

5) *Склонность къ возвратамъ*: въ какой мѣрѣ она окажется въ каждомъ случаѣ, нельзя предвидѣть, но, безъ сомнѣнія, заболѣваніе червеобразнаго отростка, какъ бы оно не было незначительно въ первый разъ, дѣлаетъ изъ червеобразнаго отростка locus resistentiae minoris. Послѣдующіе приступы могутъ быть или болѣе тяжелые, или же, оставаясь легкими, могутъ повторяться настолько часто, что становятся невыносимыми и принуждаютъ больного подвергнуться операціи (см. ниже).

Все сказанное относительно *смертности, продолжительности болѣзненнаго періода, его опасности, послѣдствій и склонности къ возвратамъ* заставляютъ признать заболѣваніе червеобразнаго отростка серьезной болѣзнью.

Глава VIII.

Леченіе.

Затрогивая вопросъ *о леченіи* заболѣваній червеобразнаго отростка, мы затрогиваемъ наиболѣе широкую, но въ то же время и наиболѣе спорную область въ ученіи о перитифлитахъ. Здѣсь развертывается передъ нами большая картина неустанной борьбы двухъ противоположныхъ мнѣній, представители которыхъ съ полной увѣренностью приписываютъ себѣ побѣду. Изученіе сущности разсматриваемаго заболѣванія, знакомство съ ея причинами не сглаживаетъ остроты борьбы, какъ то слѣдовало бы ожидать, а, наоборотъ, ожесточаетъ ее, не допуская компромисса. Вначалѣ, при зарожденіи ученія о перитифлитахъ, когда теорія не соотвѣтствовала дѣйствительности, вопросъ о леченіи не вызывалъ разнорѣчія, по крайней мѣрѣ, въ главныхъ частяхъ; леченіе отличалось стройностью и стояло въ логической послѣдовательности съ господствовавшей теоріей болѣзни. По мѣрѣ же расширенія кругозора и скопленія наблюденій сталъ зарождаться расколъ во взглядахъ на леченіе, приведшій къ образованію двухъ враждующихъ лагерей, предъявляющихъ права въ свою пользу съ обиліемъ доказательствъ. Представители одного лагеря держатся того взгляда, что леченіе заболѣваній червеобразнаго отростка должно быть строго *выжидательное*, съ примѣненіемъ внутреннихъ и наружныхъ средствъ, представители же другого лагеря отстаиваютъ свой взглядъ, что леченіе должно быть *активное*, съ *ранневременнымъ хирургическимъ вмѣшательствомъ*, при почти полной отмѣнѣ терапевтическихъ средствъ.

Приверженцы хирургическаго леченія перитифлитовъ, въ лицѣ наиболѣе крайнихъ своихъ членовъ, пожалуй, даже менѣе уступчивы въ своихъ взглядахъ, чѣмъ наиболѣе крайняя фракція приверженцевъ терапевтическаго леченія, допускающая, всетаки, при извѣстныхъ показаніяхъ хирургическое вмѣшательство.

Прежде чѣмъ перейти къ оцѣнкѣ данныхъ, представляемыхъ той и другой школой и къ выводамъ изъ этихъ данныхъ, мы разсмотримъ по порядку средства, употребляемыя при выжидательномъ леченіи.

Систематическому леченію перитифлиты стали подвергаться со времени появленія ученія Dupuytren'a о нарывахъ правой подвздошной ямки: его теорія этіологіи и патологической анатоміи ихъ легла въ основу примѣнявшихся тогда методовъ леченія. Многія изъ употреблявшихся тогда еще средствъ, не смотря на доказанную неправильность названнаго ученія, остались до сихъ поръ, другія же средства, какъ явно противорѣчащія современнымъ научнымъ даннымъ, окончательно отвергнуты.

Изъ внутреннихъ средствъ на первомъ мѣстѣ, по своему широкому распространенію какъ въ прошломъ, такъ и въ настоящемъ, долженъ быть поставленъ *опій*.

Опій, наиболѣе излюбленное лечебное средство при заболѣваніяхъ желудочно-кишечнаго тракта, и здѣсь нашелъ широкое примѣненіе. Еще во времена Dupuytren'a, несмотря на разцвѣтъ ученія о typhlitis stercoralis, опій употреблялся какъ средство, останавливающее перистальтику кишекъ съ цѣлью уменьшить опасность выступленія кала черезъ прободное отверстіе слѣпой кишки Grisolle'емъ, Graves [1]), Stokes [2]), Constant'омъ [3]), Griffin'омъ de Lemerick'омъ [4]), Petrequin'омъ [5]), Chomel'емъ [6]), Christian'омъ [7]), Riche [8]), Battersby [9]) и мн. др.

Изъ перечня именъ авторовъ видно, что изъ числа первыхъ врачей, введшихъ опій для леченія перитифлитовъ были англійскіе, а за ними американскіе и французскіе, съ успѣхомъ, будто бы, пользовавшіеся опіемъ и при леченіи перитонитовъ, причемъ опій назначался въ большихъ дозахъ: такъ, Stockes давалъ до 24 грань въ сутки, а проф. Clark [10]), дошелъ даже до чудовищныхъ дозъ, давая при послѣродовыхъ перитонитахъ по 3—4 грана ежечасно; пріемъ иногда повышался даже до 12 гранъ и въ нѣкоторыхъ случаяхъ больные получали въ теченіе дня 472 гранъ! а за все время леченія (за 12 дней) до 1950 гранъ! Такія колоссальныя дозы, конечно, вызывали весьма тяжелыя явленія нар-

[1]) Graves.—The Dublin hospital reports. v. V.
[2]) Stokes. De l'emploie de l'opium à haute dose dans le traitement de la péritonite due à la perforation de la membrane séreuse.—Gaz. méd. de Paris p. 166. 1835.
[3]) Constant.—Edinb. med. Journ. 1835.
[4]) Griffin de Lemerick.—Edinb. med. Journ. № 12. 1835.
[5]) l. c.
[6]) Chomel.—Gazette méd. de Paris. № 28. 1837.
[7]) Christian.—Edinb. med. Journ. 1841.
[8]) Riche.—Rev. méd. 1843.
[9]) Battersby.—New England med. Journ. 1843.
[10]) Цит. по Smith'y.

коза, дыханіе становилось весьма рѣдкимъ—до 12 въ минуту и даже до 4 въ минуту или до 7 въ 2 минуты. Такое тяжелое состояніе грозило роковымъ исходомъ и требовались спеціальныя дежурства при больныхъ, которыхъ постоянно тормошили, не давая имъ впадать въ глубокій и окончательный сонъ. При такомъ леченіи, будто бы, получались блестящіе результаты даже въ отчаянныхъ случаяхъ: больныя, просыпаясь отъ наркоза, чувствовали себя здоровыми, боли живота исчезали, рвота прекращалась. Даже въ недавнее время (въ 1891 г.). Stephen Smith [1]), одинъ изъ учениковъ Clark'a, выступилъ горячимъ защитникомъ леченія перитонитовъ опіемъ въ большихъ дозахъ. По его словамъ, методъ Clark'a въ то время (1851 г.) произвелъ сильное впечатлѣніе, являясь какъ бы началомъ новой эры въ леченіи перитонитовъ. Съ того времени леченіе перитонитовъ (послѣродовыхъ) опіемъ стало обычнымъ не только въ Bellevue-Hospital въ New-York'ѣ (гдѣ работалъ Clark и затѣмъ Smith), но и въ самомъ городѣ, и послѣ введенія такого леченія % смертности съ 90 упалъ, будто бы, до 50.

Въ преніяхъ по поводу доклада St. Smith'a, сдѣланнаго въ New-York State Medical Association (26 мая 1891 г.) A. Z. Carroll, Y. W. S. Gouley, Th. H. Manley, W. Mc. Collom и др. также высказались на основаніи своихъ наблюденій за благопріятное дѣйствіе опія при употребленіи его въ большихъ дозахъ.

Въ Германіи опій въ леченіе перитифлитовъ введенъ Volz'емъ [2]), стремившимся при его помощи и при помощи постояннаго леченія предотвратить опасность проведенія и выступленія кала черезъ прободное отверстіе, а также содѣйствовать наискорѣйшему разсасыванію воспалительныхъ продуктовъ. Имъ рекомендовались довольно большіе пріемы, именно черезъ каждые $^1/_4$ часа по 5 кап. Наиболѣе горячимъ защитникомъ предложенія Volz'а выступилъ Biermer, введшій систематическое леченіе опіемъ въ Цюрихской клиникѣ. Его ученикъ Bossard, занявшійся по его предложенію этимъ вопросомъ, на основаніи богатаго матеріала пришелъ къ тому взгляду, что «леченіе опіемъ есть единственный раціональный методъ, ведущій къ хорошему результату, если же больные поправляются и при другомъ леченіи, то о немъ можно только сказать,

[1]) Stephen Smith. Opiates in acute peritonitis.—Med. Rec. May. 30. 1891.
[2]) Volz. Die durch Kothsteine bedingte Durchlobrung des Wurmfortsazes, die häufig verkannte Ursache einer gefährlichen Peritonitis und deren Behandlung mit Opium.—Karlsruhe. 1847.

ніямъ, по какимъ избѣгаемъ ихъ при консервативномъ леченіи; особенно считаемъ ихъ противопоказанными при ограниченныхъ формахъ и скоро послѣ операціи. Не назначаемъ мы ихъ и въ послѣдующее время, ограничиваясь простыми клизмами. При діэтѣ, подъ которой находятся больные, и при ихъ лежачемъ положеніи отправленіе кишечника остается и должно оставаться вялымъ; слабительными же мы получаемъ только временной эффектъ, за которымъ слѣдуетъ еще худшее отправленіе кишечника. Насъ поэтому нисколько не безпокоитъ вялость кишечника въ послѣопераціонномъ періодѣ; какъ только больные поднимаются съ постели и переходятъ къ болѣе обычной пищѣ, отправленія кишечника становятся нормальными.

Совершенно не прибѣгаемъ мы въ послѣопераціонномъ періодѣ и къ *опію*, даже въ тѣхъ случаяхъ, когда вскрываемъ гнойникъ черезъ здоровую брюшную полость. Въ этихъ случаяхъ, безъ сомнѣнія, неподвижность кишечника для образованія защитительныхъ склеекъ весьма желательна, но она наступаетъ и помимо того: отграничивающіе тампоны, соприкасаясь съ кишечными петлями уже тѣмъ фиксируютъ ихъ, а кромѣ того вызываютъ воспалительное состояніе серознаго покрова и парезъ кишечной стѣнки. При очень сильныхъ болях послѣ операціи назначаемъ морфій подъ кожу.

Мѣстное леченіе. — *Перевязка* первая послѣ операціи дѣлается смотря по обстоятельствамъ черезъ 2—3 дня, при чемъ, если тампоны не особенно сильно загрязнены, мѣняются только верхніе слои, сами же тампоны оставляются безъ перемѣны, это въ особенности относится къ случаямъ, гдѣ къ гнойнику шли черезъ здоровую брюшную полость, а также при диффузныхъ перитонитахъ, ибо ранняя смѣна тампоновъ въ этихъ случаяхъ бываетъ чрезвычайно болѣзненна, такъ какъ тампоны слишкомъ крѣпко прилипаютъ къ кишечнымъ петлямъ и кромѣ того, ранняя смѣна тампоновъ въ этихъ случаяхъ легко можетъ порвать нѣжныя еще склейки. Въ случаяхъ вскрытія гнойника черезъ здоровую брюшную полость при первой перевязкѣ должно ограничиваться смѣной только тампоновъ, ведущихъ въ самый гнойникъ, отграничивающіе же смѣнять при 2—3-й перевязкѣ приблизительно черезъ недѣлю послѣ операціи: къ этому времени вокругъ тампоновъ образуются уже плотныя склейки, но удаленіе тампоновъ, хотя и въ меньшей степени, все еще болѣзненно. Первая смѣна отграничивающихъ тампоновъ между петлями

кишекъ должна производиться осторожно, но какъ выражается Stimson, смѣло и рѣшительно—«gently, but resolutely and steadily». *Промываніе* гнойной полости при перевязкахъ мы также по возможности избѣгаемъ.

При каждой перевязкѣ тампоны, ведущіе въ здоровую часть брюшной полости, при отсутствіи тамъ скопленій, должно каждый разъ вводить меньшихъ и меньшихъ размѣровъ; въ особенности это удается провести при общихъ перитонитахъ съ противоотверстіемъ въ рукавѣ или въ поясничной области—передняя тампонада въ такихъ случаяхъ скоро прекращается, и рана быстро заполняется, стокъ же отдѣляемаго весь происходитъ черезъ противоотверстіе.

Stimson удаляетъ тампоны между петлями кишекъ на 2-ой или 3-й день послѣ операціи, а иногда въ это же время и марлю вокругъ дренажной трубки, которая удаляется въ свое время. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ ограниченныхъ перитифлитовъ Murphy удаляетъ тампоны или дренажъ черезъ 8—10 сутокъ, чѣмъ дѣло и кончается. Lange въ острѣйшихъ случаяхъ удаляетъ тампоны изъ брюшной полости на 4— 5-ый день послѣ лапаротоміи и рану затягиваетъ швами, оставивши дренажную трубку или небольшой тампонъ. Также и Deaver въ нѣкоторыхъ случаяхъ удаляетъ марлю на 3-й день и рану зашиваетъ.

Столь быстрое окончательное удаленіе тампоновъ и закрытіе ранъ относится, конечно, къ случаямъ наиболѣе благопріятнымъ, что обнаруживается при перевязкѣ характеромъ отдѣляемаго, виломъ раны, количество же отдѣляемаго не имѣетъ значенія, такъ какъ брюшина выдѣляетъ эксудаты при своемъ раздраженіи въ громадномъ количествѣ, но этотъ эксудатъ можетъ оставаться совершенно безобидными.

Одно изъ частыхъ мѣстныхъ осложненій, иногда на долго задерживающихъ заживленіе раны, есть развитіе *свищей*, *простыхъ* или *калозныхъ*. Sonnenburg[1]) на 438 операцій имѣлъ свищи въ 76 случ., изъ нихъ въ 51 случаѣ были калозные свищи и въ 25 случ. простые; у насъ на 74 случаевъ операцій свищи были въ 9 случ. Калозные свищи обыкновенно не оказываютъ сколько либо замѣтнаго вліянія на теченіе раны: съ уменьшеніемъ полости раны калозный свищъ быстро уменьшается и скоро закрывается. Болѣе продолжительно тянутся простые свищи. Причины развитія сви-

[1]) Mühsam. Fisteln, insbes. Kothfisteln nach Appendicitisoperationen. – Mitt. ausd. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. V. H. I. 1899.

щей слѣдующія: наиболѣе частая — червеобразный отростокъ съ его проходнымъ отверстіемъ: въ этихъ случаяхъ каловые свищи закрываются большею частью, а по Fowler'y во всѣхъ случаяхъ, произвольно и скоро: проходное отверстіе и просвѣтъ червеобразнаго отростка запустѣваютъ и такимъ образомъ сообщеніе прекращается. У Sonnenburg'a изъ 49 каловыхъ свищей 31 закрылись произвольно; у насъ каловые свищи во всѣхъ случаяхъ закрылись произвольно. *Лигатуры или шовъ* также могутъ служить причиной долго не закрывающихся свищей, а также плохо отдѣляющіяся омертвѣвшія ткани въ глубинѣ полости. Въ нашемъ случаѣ № 53 простой свищъ долго не закрывался, пока на вторичной операціи не была удалена толстая лигатура, наложенная при ампутаціи червеобразнаго отростка на его брыжейку. Въ одномъ случаѣ Lilienthal'я [1]) свищъ поддерживался червеобразнымъ отросткомъ, отдѣлившимся отъ слѣпой кишки, но фиксированнымъ на мѣстѣ склейками. Въ случаѣ Buscarlet [2]) свищъ поддерживался въ теченіе года *плодовымъ зернышкомъ*, засѣвшимъ въ глубинѣ раны и послужившимъ причиной прободенія червеобразнаго отростка. По удаленіи зернышка свищъ немедленно закрылся. Въ случаѣ Guinard'a свищъ существовалъ 11 лѣтъ!

Также *слишкомъ продолжительное дренированіе трубками способствуетъ развитію свищей*. Наиболѣе распространено дренированіе стеклянными и резиновыми трубками среди англійскихъ и американскихъ хирурговъ и изъ ихъ среды наиболѣе раздается предупрежденіе противъ опасныхъ послѣдствій отъ неумѣреннаго дренированія (Senn [3]), Rushmore [4]) и др.). Свищи отъ дренированія тѣмъ болѣе опасны, что они идутъ въ этихъ случаяхъ не отъ червеобразнаго отростка, а отъ другихъ частей кишечника и поэтому рѣдко закрываются произвольно. Прободеніе кишки вызывается атрофіей стѣнки вслѣдствіе давленія: *эластическія трубки при этомъ болѣе вредны, чѣмъ стеклянныя*.

Долго продолжающееся дренированіе при гнойныхъ пораженіяхъ — болѣе опасный методъ, чѣмъ подобный же методъ дренированія въ паренхиматозныхъ органахъ или при асептическихъ патологическихъ процессахъ.

[1]) Lilienthal. Annals of Surgery, Oct. 1896.
[2]) Buscarlet. Pérityphlite à marche anormale; péritonite généralisée; laparotomie et guérison.—IX Congr. Franç. de Chir. 21—26 oct. 1895.
[3]) Senn. American Journ. of Obstetrics. Vol. XXX. № 3. 1895.
[4]) Rushmore. Intestinal fistula following appendicitis.—Annals of Surgery. Oct. 1896.

Съ цѣлью уменьшенія давленія прибѣгаютъ поэтому къ обвертыванію дренажныхъ трубокъ марлей и къ постепенному уменьшенію діаметра трубокъ.

При долго не заживающихъ свищахъ требуется оперативное вмѣшательство, но операція въ этихъ случаяхъ весьма трудная въ техническомъ отношеніи и весьма опасная для больного, такъ какъ приходится манипулировать въ перемежку среди воспаленной и здоровой брюшной полости и среди массы крѣпкихъ сращеній, отдѣлить которыя бываетъ весьма трудно, наконецъ, само закрытіе свища въ кишкѣ не рѣдко требуетъ пластической операціи, такъ какъ измѣненныя ткани не позволяютъ ограничиться простымъ закрытіемъ отверстія. Такъ, напр., Sonnenburg въ нѣкоторыхъ случаяхъ принужденъ былъ иссѣчь слѣпую кишку и вшить ileum въ colon transversum. Richardson [1]) также резецировалъ слѣпую кишку въ двухъ случаяхъ изъ за долго не заживавшихъ каловыхъ свищей, исходившихъ изъ слѣпой кишки; подобную же пластическую операцію произвелъ также Perkins [2]) изъ-за свища тонкой кишки.

Техническія трудности операцій свищей и опасности для жизни заставляютъ относиться къ свищамъ болѣе выжидательно и, къ счастью, большинство изъ нихъ, какъ сказано выше, заживаютъ произвольно. Только свищи, исходящіе изъ слѣпой кишки вслѣдствіе обширнаго разрушенія червеобразнаго отростка съ частью слѣпой кишки или свищи искусственнаго происхожденія вслѣдствіе дренированія, а также свищи тонкихъ кишекъ въ весьма рѣдкихъ случаяхъ закрываются произвольно и поэтому требуютъ оперативнаго вмѣшательства.

Слѣдующее послѣдствіе операцій гнойныхъ перитифлитовъ есть развитіе *грыжъ* на мѣстѣ рубца. Для предотвращенія ихъ предложены: разнообразнѣйшіе методы разрѣзовъ брюшныхъ стѣнокъ, разные методы тампонированія, первичныя уменьшенія ранъ до возможнаго minimum'a и т. п., но всѣ эти мѣропріятія ни даютъ никакого успѣха; какой бы разрѣзъ ни былъ избранъ, какъ бы

[1]) Richardson. The American Journal of the medic. Sciences. Jan. 1894. p.
[2]) Perkins. G. W. A case of permanent foecal fistula of the small intestine following operation for appendical-abscess.—Annals of Surgery. Dec. 1896.

малъ онъ ни былъ и какъ бы кратковременно не было тампонированіе гнойника—развитіе грыжъ этимъ не устраняется.

Оно можетъ быть устранено только наложеніемъ *вторичныхъ швовъ*. Поэтому мы приняли за правило не выписывать больныхъ послѣ операцій гнойныхъ перитифлитовъ, не наложивши вторичныхъ швовъ.

Наложеніе *вторичныхъ швовъ* мы производимъ слѣдующимъ образомъ: во 1-хъ, мы выжидаемъ *полнаго окончанія рубцеванія раны*, такъ какъ наложеніе швовъ еще на гранулирующую рану мы считаемъ ненадежнымъ методомъ, ибо въ такихъ случаяхъ швы могутъ нагноиться, а затѣмъ послойное соединеніе краевъ раны бываетъ не такъ точно; во 2-хъ, наложеніе вторичныхъ швовъ мы производимъ *безъ вскрытія брюшной полости*, чѣмъ дѣлаемъ эту операцію совершенно *неопасной*.

Изсѣченіе рубца должно производить *чрезвычайно осторожно*, снимая только поверхностный слой, особенно въ *центральныхъ частяхъ*, такъ какъ здѣсь не рѣдко предлежитъ непосредственно слѣпая кишка, такъ что при болѣе глубокомъ, неосторожномъ изсѣченіи имѣется опасность вскрытія не только брюшной полости, но и кишечника. По изсѣченіи поверхностнаго слоя рубца, отъ послѣдняго отсепаровывается *кожа съ подкожной жировой клѣтчаткой*, пока не обнаружатся блестящія волокна апоневротическаго растяженія косой наружной мышцы. Въ свѣжихъ случаяхъ, еще не дошедшихъ до развитія грыжъ, края апоневротическаго растяженія лежатъ близко у рубца, въ застарѣлыхъ же случаяхъ съ большими эвентрапіями края апоневротическаго растяженія расходятся очень далеко въ стороны, такъ что приходится подрываться подъ кожу на значительное протяженіе. Отсепаровавши на всемъ протяженіи съ той и другой стороны *края апоневротическаго растяженія косой наружной мышцы, приступаютъ* къ изолированію *внутренней косой и поперечной мышцъ*, которыя въ свѣжихъ случаяхъ также припаяны къ рубцу, да и въ болѣе старыхъ случаяхъ онѣ остаются спаянными съ рубцомъ, но въ этихъ случаяхъ онѣ значительно атрофированы.

Такимъ образомъ у насъ получается *три слоя*: 1) кожный съ подкожной жировой клѣтчаткой, 2) *апоневротическій* косой наружной мышцы, а при высокихъ разрѣзахъ съ мышечными пучками вверху и 3) *мышечный слой*, состоящій изъ внутренней косой мышцы и поперечной: въ центрѣ и на днѣ раны остается рубецъ, изолированный отъ слоевъ брюшной стѣнки; рубецъ вмѣстѣ съ приросшими

къ нему со стороны брюшной полости сальникомъ, слѣпой кишкой и, можетъ быть, тонкими кишками, образуетъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ довольно большое уплотненіе.

По окончаніи изолированія слоевъ приступаютъ къ накладыванію швовъ, которые можно наложить или въ *три* ряда: два погружныхъ на поперечную и косую внутреннюю отдѣльно и на апоневрозъ отдѣльно и третій поверхностный на кожу, или же въ *два* ряза: на мышечный и апоневротическій слой вмѣстѣ и второй на кожу. Мы въ большинствѣ случаевъ накладывали швы въ *два* ряда, такъ какъ отдѣльный рядъ швовъ на поперечно разрѣзанныя мышцы быстро прорѣзывается, тогда какъ общій съ апоневрозомъ гораздо надежнѣе. По затягиваніи швовъ упомянутое сейчасъ уплотненіе образуетъ подъ швами родъ подушечки, которая оказываетъ сопротивленіе давленію внутренностей и стало быть расхожденію рубца, хотя большого значенія она не имѣетъ и весь успѣхъ операціи зависитъ отъ точнаго сведенія краевъ и безпилюстнаго теченія раны. Между тѣмъ Loison, [1]) напр., придаетъ большое значеніе этой подушечкѣ, которую онъ старается получить искусственно наивозможно большихъ размѣровъ, для чего оставляетъ на рубцѣ большое количество подкожной клѣтчатки, надъ которой и затягиваетъ только одинъ апоневротическій слой. Правда, подушечка первое время дѣйствуетъ на подобіе пелота, но только до извѣстной степени, такъ какъ она лежитъ за рубцомъ, и извѣстное только время, ибо съ теченіемъ времени она разсасывается. Наложеніе швовъ на одинъ апоневротическій слой совершенно недостаточно, такъ какъ при его плохомъ питаніи, швы, наложенные на него одного, ведутъ къ *омертвѣнію волокона*, захватываніе же и ниже лежащихъ мышечныхъ слоевъ уменьшаетъ натяженіе и увеличиваетъ питаніе.

Для погружныхъ швовъ мы употребляемъ большею частью шелкъ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ Silk-Worm.

Вторичный швовъ примѣненъ въ нашихъ случаяхъ при всѣхъ разрѣзахъ: при косыхъ боковыхъ, при вертикальныхъ боковыхъ, и при срединныхъ, всего въ 21 случаѣ (№№ 10, 13, 14, 18, 19, 22, 24, 25, 26, 31, 34, 42, 43, 49, 50, 56, 60, 61, 63, 69 и 71).

Ношеніе бандажей (простыхъ вязанныхъ въ видѣ набрюшниковъ) безусловно *необходимо* и послѣ наложенія вторичныхъ швовъ

[1]) Loison. E. Revue de chirurgie. 10 Jan. 1895.

въ теченіе, по меньшей мѣрѣ, двухъ лѣтъ. Если по наложеніи швовъ заживленіе раны произошло первичнымъ напряженіемъ и больной воздерживался первое время отъ тяжелой работы и пользовался бандажемъ, то отъ развитія грыжи больной обезпеченъ; у насъ извѣстны случаи, гдѣ больныя вполнѣ благополучно и нормально рожали и грыжа не образовывалась даже послѣ родовъ.

Глава IX.

Рецидивирующая форма перитифлита.

Одна изъ характерныхъ особенностей заболѣваній червеобразнаго отростка та, что послѣ нихъ часто не получается *restitutio ad integrum*. Благодаря особенностямъ строенія и положенія этого органа, отъ бывшаго воспаленія, ограничивавшагося ли только одной слизистой, или проникавшаго во всю толщу стѣнки, или переходившаго на ближайшую область брюшной полости, часто остаются слѣды въ большемъ или меньшемъ размѣрѣ и эти слѣды благодаря тѣмъ же особенностямъ въ строеніи и положеніи червеобразнаго отростка являются постоянной причиной *новыхъ приступовъ заболѣванія*. Даже *катарральное воспаленіе* слизистой оболочки отростка, безслѣдно проходящее въ другихъ частяхъ кишечнаго тракта, превращаетъ отростокъ, благодаря бѣдности кровоснабженія его, въ locus resistentiae minoris, такъ что самые незначительные при нормальныхъ условіяхъ инсульты вызываютъ здѣсь новыя вспышки воспаленія и, какъ мы увидимъ ниже, именно эта форма воспаленія является наиболѣе частой при *рецидивирующемъ заболѣваніи червеобразнаго отростка*. *Язвенные и тѣмъ болѣе прободные процессы* оставляютъ послѣ себя рубцы, съуживающіе просвѣтъ съ послѣдующимъ застоемъ содержимаго и его послѣдствіями. *Воспалительные процессы на серозномъ покровѣ* оставляютъ въ большемъ или меньшемъ объемѣ склейки, фиксирующія отростокъ часто въ ненормальномъ положеніи и тѣмъ ставящія его въ неблагопріятныя условія.

Другими словами, тотъ или другой *острый процессъ* часто переходитъ въ *хронический* съ *повторяющимися* при случаѣ *обостреніями*.

Патолого-анатомическія измѣненія при рецидивирующей формѣ перитифлита тѣ же, что и при острой: отъ самыхъ незначительныхъ катарральныхъ до глубокихъ деструктивныхъ измѣненій. Но одни измѣненія встрѣчаются болѣе часто, другіе болѣе рѣдко. Общее всѣмъ случаямъ рецидивирующаго перитифлита — это хроническія измѣненія червеобразнаго отростка: разрыхленіе слизистой, утолщеніе мышечнаго слоя, а также часто и серознаго покрова. Весь отростокъ плотный, твердый, какъ бы въ эрекціи, по фигуральному сравненію авторовъ. Какъ мы выше сказали, *болѣе частая форма* при хроническомъ рецидивирующемъ перитифлитѣ—это катарральное воспаленіе *безъ прободенія*. Такъ, Kümmel на 104 экстирпированныхъ имъ червеобразныхъ отростковъ въ межприпадковомъ періодѣ *больше, чѣмъ* въ $^1/_2$ случаевъ, *не нашелъ* прободенія. По степени патолого-анатомическихъ измѣненій Kümmel дѣлитъ оперированные рецидивирующіе перитифлиты на 5 группъ:

1-я группа.—*Хроническое катарральное воспаленіе червеобразнаго отростка. Утолщеніе muscularis, припуханіе слизистой. Просвѣтъ частью наполненъ жидкимъ или каловымъ содержимымъ* (21 случ.).

2-я группа.— *Хроническое воспаленіе съ образованіемъ изъязвленій и стриктуръ* (32 случ.).

3-я группа.—*Хроническое воспаленіе съ язвами и прободеніями* (33 случ.).

4-я группа.—*Образованіе каловыхъ камней съ прободеніемъ и безъ него* (17 случ.).

5-я группа.—*Обширныя разрушенія* (1 случ.),

Каловое содержимое въ червеобразномъ отросткѣ Kümmel считаетъ за признакъ патологическаго состоянія органа. Въ экстирпированныхъ имъ отросткахъ онъ наблюдалъ также всѣ стадіи образованія каловыхъ камней.

Наблюденія Kümmel'я, что при рецидивирующей формѣ перитифлита болѣе часты легкія патолого-анатомическія измѣненія, подтверждаются такими же наслѣдованіями многочисленныхъ авторовъ, напр., Sonnenburg'омъ, Lennander'омъ, Rotter'омъ, Merklen'омъ [1]) и изъ болѣе ранняго времени Weir'омъ [2]), Dennis'омъ [3]), Talamon'омъ и мн. др.

[1]) Merklen. Soc. méd. des hôpitaux, 19 mai 1897.

[2]) Weir. R. F. On the resection of the appendix vermiformis during the quiescent stage of chronic relapsing appendicitis.—Annals of Surgery, May 1891.

[3]) Dennis. Tr. S. The propriety of the appendix vermif. during the interval of recurrent attacks of appendicitis.—Med. Record. May 31. 1890.

Причина возвратовъ послѣ перенесеннаго заболѣванія червеобразнаго отростка лежитъ главнымъ образомъ въ томъ, что отъ перваго заболѣванія остаются слѣды въ видѣ ли рубцовъ, перетяжекъ, перегибовъ, камней и т. п., которые съуживаютъ въ томъ или другомъ мѣстѣ просвѣтъ отростка и тѣмъ способствуютъ *скопленію содержимаго* въ немъ со всѣми его послѣдствіями. Въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ причина лежитъ *внѣ* червеобразнаго отростка: оставшійся *гнойникъ* съ ослабленными бактеріями до поры до времени можетъ сохраняться безъ всякихъ симптомовъ, пока подъ вліяніемъ тѣхъ или другихъ раздраженій вновь не пріобрѣтетъ вирулентныя свойства; ту же роль можетъ играть и выпавшій въ брюшную полость изъ червеобразнаго отростка во время предшествовавшаго припадка *каловой камень;* наконецъ, какъ это выставляетъ Roux, бактеріи, оставшіяся въ склейкахъ и потерявшія свою вирулентность при извѣстныхъ условіяхъ —вновь пріобрѣтаютъ ее и тѣмъ вызываютъ приступъ (*microbisme latent*), но эта форма наименѣе вѣроятная.

Клиническое проявленіе хронической формы заболѣваній червеобразнаго отростка характеризуется *приступами (s. рецидивами, s. припадками)*, наступающими черезъ короткіе или длинные промежутки времени. Каждый приступъ совмѣщаетъ въ себѣ весь циклъ симптомовъ, свойственныхъ острому заболѣванію и также какъ при послѣднемъ стоящихъ по своей тяжести въ соотвѣтствіи съ имѣющимися патолого-анатомическими измѣненіями и со степенью вирулентности микробовъ.

Такимъ образомъ, при хроническомъ перитифлитѣ теченіе болѣзни распадается на двѣ части, отличающіяся другъ отъ друга — на періодъ обостренія (періодъ *припадка*) и періодъ *покоя*. По соотношенію одного періода къ другому и по симптомамъ въ томъ и другомъ періодѣ различаютъ съ клинической точки зрѣнія нѣсколько *типовъ* рецидивирующаго перитифлита.

Talamon и, вообще, французскіе авторы въ основу этого различія кладутъ продолжительность періода покоя, противопоставляя типъ «*les récidives de l'appendicite*» съ длинными межприпадковыми періодами типу «*Appendicite chronique à rechutes*». При *первой* формѣ промежутокъ между припадками бываетъ до году и болѣе и каждый припадокъ является, какъ бы, самостоятельной болѣзнью, развивающеюся во всѣхъ стадіяхъ и предшествующіе припадки являются для него не болѣе, какъ предрасполагающими

этіологическими моментами или даже случайными явленіями, не стоящими въ связи другъ съ другомъ, въ межприпадковомъ же періодѣ наступаетъ полное выздоровленіе. При *второй* формѣ припадки слѣдуютъ непрерывно одинъ за другимъ при остающемся хроническомъ заболѣваніи въ межприпадковомъ періодѣ.

Аналогичнаго же дѣленія придерживаются англійскіе и американскіе авторы, различающіе «*chronic relapsing appendicitis*», отъ «*recurring appendicitis*» [1]). При *первой* формѣ припадки слѣдуютъ болѣе часто одинъ за другимъ, а главнымъ образомъ межприпадковый періодъ не бываетъ свободенъ отъ тѣхъ или иныхъ болѣзненныхъ явленій, даже при отсутствіи субъективныхъ симптомовъ при этой формѣ всегда констатируется *болѣзненность* въ области червеобразнаго отростка, который часто прощупывается въ видѣ продолговатаго, болѣзненнаго утолщенія. При *второй* же формѣ больные въ мпрежипадковомъ періодѣ чувствуютъ себя совершенно здоровыми, продолжаютъ свои обычныя занятія и заболѣваютъ вновь припадками внезапно или послѣ кратковременныхъ предвѣстниковъ.

Fowler проводитъ аналогію между «chronic relapsing appendicitis» и «recurring appendicitis» съ одной сороны и между рецидивами брюшного гифа и приступами перемежающейся лихорадки съ другой стороны: какъ при брюшномъ тифѣ рецидивы съ общимъ щимъ ухудшеніемъ прерываютъ ходъ выздоровленія, такъ при первой формѣ аппендицита возвраты отдаляютъ срокъ выздоровленія и болѣзнь въ томъ и другомъ случаѣ считается продолжающейся; какъ при перемежающейся лихорадкѣ въ межприпадковомъ періодѣ наступаетъ полное выздоровленіе, пока имѣющееся предрасположеніе больного въ связи съ какимъ либо внѣшнимъ агентомъ не приведетъ къ повторенію болѣзни, такъ при второй формѣ аппендицита между припадками наступаетъ полное выздоровленіе, но предшествующіе припадки при подходящемъ случаѣ являются предрасполагающимъ этіологическимъ моментомъ.

Нѣмецкіе авторы (Czerny и Heddaeus, напр.) также различаютъ «*intermittierender Typus*» съ вполнѣ здоровымъ межприпадковымъ періодомъ отъ «*remittierender Typus*», при которомъ въ межприпадковомъ періодѣ больные продолжаютъ жаловаться на тѣ или другія болѣзненныя явленія, или «*Appendicitis chronica*» съ

---

[1]) Введено Т. Bull'емъ. Further observations on chronic relapsing appendicitis Med. Rec. III. 30. 1894.

постоянными болѣзненными явленіями и «*Appendicitis rediciva*» съ болѣзненными явленіями, возникающими въ видѣ «припадковъ».

Болѣзненныя явленія въ *межприпадковомъ періодѣ* носятъ мѣстный характеръ въ видѣ болей въ области слѣпой кишки, постоянныхъ или появляющихся болѣе или менѣе часто послѣ погрѣшностей въ діэтѣ, послѣ продолжительной ходьбы или ѣзды, какого либо физическаго усилія, или сказываются со стороны желудочно-кишечнаго тракта, въ видѣ рвоты, вздутія кишечника, поносовъ или запоровъ, а главнымъ образомъ со стороны слѣпой и вообще толстой кишки, или же у женщинъ при сросценіи червеобразнаго отростка съ половыми органами разстройствами менструаціи и т. п.

Склейки вокругъ червеобразнаго отростка и слѣпой кишки и повторяющіяся воспаленія самого червеобразнаго отростка значительно нарушаютъ функцію слѣпой кишки и толстой, какъ чисто механическимъ путемъ со стороны серознаго покрова, такъ и вслѣдствіе постояннаго раздраженія, передающагося на слизистую оболочку, благодаря чему при частыхъ приступахъ наступаетъ *атонія слѣпой кишки* и *хронической катарръ кишечника* (Talamon).

Паретическое состояніе мышечнаго слоя слѣпой кишки ведетъ за собою скопленія въ немъ содержимаго, по преимуществу газовъ. *Калъ* же только въ весьма рѣдкихъ случаяхъ, какъ это не разъ указывалось нами, скопляется въ большомъ количествѣ только въ одной слѣпой кишкѣ, сгущается здѣсь и даетъ картину boudin stercorale. Несравненно чаще наблюдается скопленіе газовъ, сказывающееся въ *урчаніи* (gargouillement), появляющемся или произвольно или при давленіи на область слѣпой кишки.

Катарральное состояніе толстаго кишечника сказывается въ запорахъ или поносахъ, принимающихъ иногда очень тяжелый характеръ.

Явленія со стороны кишечника нерѣдко выступаютъ на первый планъ и стушевываютъ первоначальную причину, для открытія которой требуется тщательное изслѣдованіе. Какъ уже сказано, при этой формѣ перитифлита всегда остается болѣзненность въ Mc Burney'евской точкѣ и иногда прощупывается овальное тѣло (червеобразный отростокъ), болѣзненное на ощупь. Sonnenburg и др. для отысканія отростка совѣтуютъ въ такихъ случаяхъ прибѣгать къ вдуванію газовъ въ толстый кишечникъ.

Часто повторяющіеся приступы и не свободные отъ болѣзненныхъ явленій межприпадковые періоды могутъ вліять и на *общее состояніе здоровья*, иногда въ очень тяжелой формѣ, какъ со стороны психической, такъ и со стороны общаго питанія. Не смотря на безопасность каждаго отдѣльнаго приступа, сумма всѣхъ болѣзненныхъ явленій, обостряющихся при первомъ же поводѣ, можетъ превратить жизнь человѣка въ рядъ мученій.

Не всегда, однако, хроническое воспаленіе червеобразнаго отростка протекаетъ подъ вышеизложенной типичной клинической картиной. Первый припадокъ при своей незначительности можетъ протечь совершенно незамѣченнымъ со стороны больного или быть забытымъ имъ, послѣдствія же его могутъ принять столь различный характеръ, что связь между имѣющимися страданіями и состояніемъ червеобразнаго отростка усматривается только послѣ очень тщательнаго изслѣдованія и путемъ исключенія заболѣваній другихъ органовъ.

Наиболѣе часто при этой формѣ хроническаго заболѣванія червеобразнаго отростка выступаютъ на первый планъ симптомы со стороны желудка и кишечника: тошнота, отрыжка, икота, отсутствіе аппетита, поносы, часто со слизью, запоры, вздутіе кишечника, боли живота, но не локализирующіяся въ области слѣпой кишки, а распространяющіяся или по всему животу, или подъ ложечкой, въ области печени, слѣва и т. п. Отсутствіе типичности въ болѣзненныхъ явленіяхъ часто на долго лишаетъ возможности распознать истинную причину и больные подолгу и безуспѣшно лечатся отъ желудочныхъ, кишечныхъ и печеночныхъ болѣзней, а женщины кромѣ того отъ истеріи, заболѣваній праворасположныхъ придатковъ, блуждающей почки и т. п., пока не будетъ распознана и удалена настоящая причина.

Эта клиническая форма заболѣваній червеобразнаго отростка встрѣчается не особенно часто, но по мѣрѣ большаго знакомства съ разбираемой болѣзнію и съ ея симптомами, она должна будетъ распознаваться болѣе своевременно и часто. Первое знакомство съ этой формой стало пріобрѣтаться съ развитіемъ хирургическаго леченія въ ранніе періоды, особенно въ межприпадковомъ періодѣ и связь между измѣненіями въ червеобразномъ отросткѣ и страданіями, заставившими прибѣгнуть къ операціи, на первыхъ порахъ казалась невѣроятной при незначительности измѣненій въ отросткѣ и тяжести страданій, однако исчезновеніе страданій послѣ операціи заставило признать эту связь.

Далеко не всегда, однако, можно установить ясную этіологическую связь между незначительными измѣненіями въ червеобразномъ отросткѣ, каковыя бываютъ при этой клинической формѣ,

и разнообразными клиническими проявленіями и въ такихъ случаяхъ приходится удовлетворяться выводомъ post hoc. Наиболѣе же частой причиной различныхъ вышеописанныхъ разстройствъ бываютъ не столько измѣненія въ самомъ отросткѣ, какъ вокругъ него въ видѣ склеекъ и тяжей между слѣпой кишкой и брюшной стѣнкой, между той и другой и тонкимъ кишечникомъ, склеекъ, ведущихъ къ нарушенію нормальныхъ функцій кишечника.

На это состояніе послѣ перенесеннаго заболѣванія червеобразнаго отростка обратилъ вниманіе еще Fenger (Chicago), давшій названіе ему Postappendicitis, но онъ относилъ его къ послѣдствіямъ типично протекшаго аппендицита. Послѣдующее же большее и большее знакомство съ этимъ состояніемъ дало возможность распознавать его причину и при отсутствіи типичнаго припадка. Sonnenburg одинъ изъ первыхъ указалъ на этіологическую связь разнообразныхъ страданій съ *скрытно* (latent) протекающемъ аппендицитомъ, а Ewald [1]) выдѣлилъ ихъ въ особую группу подъ именемъ Appendicitis larvata.

Какъ же часто острое воспаленіе червеобразнаго отростка переходитъ въ хроническое?

При вышеперечисленныхъ условіяхъ, благопріятствующихъ этому переходу, можно было бы ожидать, что переходъ этотъ совершается въ каждомъ случаѣ остраго воспаленія, не оканчивающимся смертью. Это предположеніе не такъ давно считалось, да еще многими считается и въ настоящее время, какъ безусловно вѣрное, и на основаніе его именно возникла школа приверженцевъ оперативнаго леченія всѣхъ случаевъ заболѣваній червеобразнаго отростка, такъ какъ при самомъ безобидномъ первомъ припадкѣ надо ожидать въ будущемъ, будто бы, повторенія этихъ припадковъ до тѣхъ поръ, пока одинъ изъ припадковъ не сведетъ больного въ могилу.

Этотъ страхъ, однако, оказался весьма преувеличеннымъ, какъ обнаружили собранныя данныя по этому вопросу, или, по крайней мѣрѣ, клинически (въ припадкахъ) хроническое воспаленіе проявляется далеко не такъ часто, какъ ожидали на основаніи теоретическихъ соображеній.

Такъ, по статистикѣ Fitz'a рецидивы наблюдаются только въ 11%, въ остальныхъ же 89%, имѣется только *одинъ* припадокъ.

[1]) Ewald Ueber Appendicitis larvata.—Verhandl. der deutschen Gesellschaft f. Chir. XXVIII Congr. 1899. и Arch. f. klin. Chirurg. LX Bd. I H. 1899.

Цифру Fitz'a для рецидивовъ, однако, надо признать ниже дѣйствительной, какъ показываютъ, по крайней мѣрѣ, данныя другихъ авторовъ, въ общемъ сводящихъ ее къ 20%—25%, хотя вполнѣ точную цифру получить довольно трудно, такъ какъ не имѣется примѣнимаго на практикѣ статистическаго метода по этому вопросу. Наиболѣе правильный методъ былъ бы тотъ, когда можно было бы прослѣдить каждый случай перитифлита отъ перваго припадка въ теченіе многихъ лѣтъ, на практикѣ же этого не удается, такъ какъ большинство больныхъ ускользаютъ изъ подъ наблюденій. Поэтому большинство авторовъ придерживается другого способа вычисленія: именно берется соотношеніе наблюдаемыхъ случаевъ перитифлитовъ съ предшествовавшими припадками къ случаямъ съ однимъ (первымъ) припадкомъ. Этотъ способъ нельзя назвать безупречнымъ, такъ какъ раздѣляя случаи, собранные за извѣстный періодъ, на группы съ многими припадками и съ однимъ, мы не имѣемъ ручательства, что во многихъ случаяхъ съ однимъ припадкомъ впослѣдствіи не будетъ рецидивовъ. Однако, при большомъ количествѣ случаевъ, собранныхъ къ тому же за длинный періодъ, эта погрѣшность сводится къ незначительному минимуму и получается близкое къ дѣйствительности соотношеніе случаевъ однократнаго заболѣванія къ случаямъ рецидивирующаго заболѣванія. Такъ, по даннымъ Sahli, собраннымъ по первому методу въ $79{,}2\%$ наступило выздоровленіе безъ рецидивовъ и только въ $20{,}8\%$ наблюдались рецидивы. Rotter, придерживающійся второго метода, отмѣчаетъ предшествованіе рецидивы изъ 221 случая въ 47 случ., т. е. тоже только въ 21%. У Kraffta рецидивы отмѣчены на 106 случаевъ въ 24 случ., т. е. въ $22{,}6\%$. По Kleinwächter'у, собравшему послѣдовательныя свѣдѣнія отъ 70 больныхъ, рецидивы наблюдались только у 17 больныхъ, т. е. въ $24{,}3\%$. По Borchardy изъ 229 больныхъ предшествовали припадки у 65 больныхъ, т. е. въ 28%. У Coley рецидивы на 200 случаевъ отмѣчены въ 31%. У Kümmel'я на 670 случаевъ перитифлита возвраты наблюдались въ 145 случаяхъ, т. е. въ $21{,}5\%$. У Herzog'а рецидивирующая форма отмѣчена въ $18{,}8\%$, а у Nothnagel'а еще меньше— въ $16{,}\%$. Нѣсколько особнякомъ стоятъ данныя Deaver'а, у котораго на 199 случаевъ одинъ припадокъ отмѣченъ только въ 47 случаяхъ, т. е. почти въ 24%, а въ остальныхъ, т. е. въ 76% отмѣчено по нѣсколько припадковъ. Его матеріалъ, однако, собранъ большею частью при хронической формы съ операціями межъ припадками.

Такимъ образомъ мы видимъ, что статистическія данныя относительно разбираемаго пункта довольно согласны между собою: въ общемъ можно принять среднее число 20%—25% на долю рецидивирующей формы, а 80—75% на долю излечивающихся окончательно послѣ перваго припадка.

Что касается клиническаго теченія каждаго припадка, то оказываются, что, въ общемъ, *наиболѣе тяжелъ* бываетъ *первый припадокъ*, за нимъ второй и далѣе каждый слѣдующій припадокъ становится легче предыдущаго.

Такъ, изъ казуистическихъ данныхъ Sonnenburg'a [1]) мы находимъ, что въ его 10-й группѣ *appendicitis simplex съ осложненіями* изъ 7 случаевъ оперировано въ 5 случаяхъ въ первомъ припадкѣ, а въ 2 случаяхъ во второмъ припадкѣ (29%), тогда какъ при болѣе легкой формѣ *appendicitis simplex безъ осложненій* изъ 44 случаевъ въ 36 случаяхъ (въ 82%) были повторные припадки. Затѣмъ, въ группѣ *appendicitis perforativa*, т. е. уже при *болѣе тяжелой формѣ*, чѣмъ простой аппендицитъ, изъ 81 случая на долю рецидивирующей формы приходилось 26 случаевъ, т. е. 32%; при *перфоративномъ же аппендицитѣ съ осложненіями* процентное отношеніе еще уменьшается, именно изъ 50 случаевъ припадки имѣлись только въ 14 случаяхъ, т. е. въ 28%. При осложненіяхъ же наиболѣе тяжелыхъ, какъ *общій сепсисъ и диффузный септическій перитонитъ* предшествованіе припадки встрѣчаются еще рѣже, именно изъ 21 случая только въ 5 случаяхъ, т. е. въ 24%. Самая же жестокая форма аппендицита съ самыми глубоко деструктивными патолого-анатомическими измѣненіями червеобразнаго отростка, *appendicitis gangraenosa*, развивается преимущественно въ первомъ припадкѣ, такъ изъ 26 случаевъ, только въ 3 случаяхъ, т. е. въ 11,5% отмѣчень предшествовавшій припадокъ.

Изъ нашихъ 28 умершихъ, только у 6 человѣкъ отмѣчены предшествовавшіе припадки.

У Borchardt'a также изъ 31 умершихъ отъ перитифлита, только 4 чел. умерло отъ *второго* припадка и 1 чел. отъ *третьяго*, остальные же отъ *перваго*.

Также по вышеприведеннымъ даннымъ Kümmel'я касательно патолого-анатомическихъ измѣненій при рецидивирующей формѣ оказывается, что только въ меньшинствѣ констатируются глубокія

[1]) Приведено по изданію 1897.

измѣненія отростка съ прободеніемъ. По его же даннымъ изъ 25 смертныхъ случаевъ, гдѣ имѣлись болѣе точныя свѣдѣнія, въ 17 случаяхъ смерть наступила послѣ 1-го припадка, въ 5 случаяхъ послѣ 2-го, въ 1 случаѣ послѣ 3-го и въ 2 случаяхъ послѣ нѣсколькихъ припадковъ.

У Lennander'a также на 17 случаевъ рецидивирующаго перитифлита только въ 2 случаяхъ имѣлось прободеніе.

Весьма убѣдительны также другія данныя Sonnenburg'a касательно смертности каждаго припадка; такъ изъ его казуистики мы узнаемъ, что изъ 206 чел. оперировано въ *первомъ припадкѣ* 132 чел., изъ которыхъ умерло 29 чел., т. е. смертность равна 22%, *во второмъ и третьемъ припадкѣ* оперировано 44 человѣка съ 9 смертными исходами, т. е. *съ* 20,4% *смертности*, остальные 30 человѣкъ оперировано *послѣ третьяго* припадка *безъ одного смертнаго исхода*.

Такимъ образомъ мы видимъ, что чѣмъ большій по порядку припадокъ, тѣмъ менѣе онъ тяжелъ и опасенъ. Конечно, извѣстны случаи съ смертельнымъ исходомъ и на 4—6-мъ припадкѣ, но эти случаи относятся уже къ рѣдкимъ исключеніямъ.

Причина менѣе тяжкаго теченія болѣзни въ послѣдующемъ припадкѣ лежитъ, какъ мы говорили выше (стр. 497), въ склейкахъ остающихся въ области червеобразнаго отростка и тѣмъ отграничивающихъ процессъ отъ свободной брюшной полости. Sahli же полагаетъ, что послѣ каждаго припадка, пріобрѣтается большій и большій иммунитетъ.

Вообще же, тяжесть рецидивирующей формы перитифлита послѣ третьяго припадка лежитъ уже не въ самомъ припадкѣ, а въ *частотѣ* ихъ повторенія, изнуряющей организмъ больного. Частота же припадковъ и представляетъ собою типичную особенность рецидивирующей фирмы перитифлита par excellence.

Число припадковъ можетъ достигнуть колоссальной цифры до 50—70 и болѣе, какъ приводитъ тому примѣры Sonnenburg; конечно, число это предѣльное и счетъ приблизительный, такъ какъ при часто повторяющихся припадкахъ счетъ ихъ легко теряется. Въ большинствѣ же случаевъ число припадковъ значительно меньше; такъ по даннымъ Kümmel'я и Sonnenburg'a:

съ	2	припадками было	115 чел.
»	3	» »	31 »
»	4	» »	24 »

съ 5	припадками было	14	чел.
» 6	» »	7	»
» 7	» »	6	»

Всего 197 чел.

т. е. въ половинѣ случаевъ было по 2 припадка.

У Borchard'а также изъ 60 больныхъ съ рецидивирующимъ перитифлитомъ у 30 чел. было по 2 припадка, у остальныхъ 30 чел.—по нѣсколько припадковъ.

У насъ съ 2 припадками было 11 человѣкъ, съ 3 припадками 5 человѣкъ, съ 3 припадками 1 человѣкъ, съ 5 и болѣе припадками 5 человѣкъ.

Чѣмъ же чаще припадки, тѣмъ болѣе они безобидны каждый самъ по себѣ: наибольшая частота припадковъ указываетъ на наименьшія патолого-анатомическія измѣненія, оставляющія червеобразный отростокъ мало разрушеннымъ и тѣмъ способнымъ къ новымъ заболѣваніямъ.

Время, въ теченіе котораго повторяются припадки, т. е. *продолжительность рецидивирующей формы перитифлита* не особенно значительна. Такъ изъ нашихъ 19 больныхъ, имѣвшихъ повторные припадки;

11	бол.	имѣли	припадки	въ	теченіе	1-го	г. послѣ	перваго	припадка.
3	»	»	»	»	»	2-го	» »	»	»
1	»	»	»	»	»	3-го	» »	»	»
2	»	»	»	»	»	5-го	» »	»	»
1	»	»	»	»	»	7-го	» »	»	»

Наши случаи, положимъ, не представляютъ типичной формы рецидивирующаго перитифлита, но данныя другихъ авторовъ касательно чисто рецидивирующей формы вполнѣ согласуются съ нашими.—Такъ по сводной статистикѣ, составленной нами изъ данныхъ Rotter'а, Sonnenburg'а, Kümmel'я и Borchard'а оказывается, что изъ 254 больныхъ имѣли припадки послѣ перваго приступа:

въ	теченіе	1-го	года	180	больныхъ.
»	»	2	»	36	»
»	»	3	»	15	»
»	»	4	»	4	»
»	»	5	»	7	»

въ	теченіе	7-го	года . . .	1	больныхъ.
»	»	8	» . . .	3	»
»	»	9	» . . .	1	»
»	»	10	» . . .	3	»
позднѣе.	. . . . .			4	»

Эта данныя показываютъ, что рецидивы больше, чѣмъ въ 70% наступаютъ въ теченіе *перваго года послѣ припадковъ*, а затѣмъ годъ отъ году появленіе ихъ дѣлается рѣже и рѣже и спустя 5— 7 лѣтъ послѣ перваго припадка возвраты ихъ можно ожидать, какъ исключеніе.

Показанія къ оперативному вмѣшательству при рецидивирующимъ перитифлитѣ за послѣднее время вполнѣ точно опредѣлены и, надо замѣтить, значительно съужены. Здѣсь мы имѣемъ ту же исторію оперативнаго увлеченія, какъ и при острыхъ формахъ. Широкія показанія къ раннему оперативному вмѣшательству при первомъ же остромъ припадкѣ послѣ первыхъ удачныхъ операцій Mahomed'а, Symond'а, а въ особенности Treves'а и Senn'а вскорѣ должны были уступить мѣсто во многихъ случаяхъ операціямъ по окончаніи остраго періода, *между припадками* (operation à froid въ противоположность operation à chaud). Главныя показанія къ оперативному вмѣшательству въ періодѣ покоя выставлялись собственно тѣ же, что и при остромъ припадкѣ—именно опасность возвратовъ, которые въ концѣ концовъ должны, будто бы, убить больного, удаленіе же червеобразнаго отростка избавляетъ отъ этой опасности... «that an attack of recurrent appendicitis will be as rare in a patient, who has had his appendix removed early in the first attack as a second attack of acute articular rheumatisme in a joint of an amputated limb», какъ выражается J. D. Rushmore [1]) относительно показаній къ операціи. Преимущества же удаленія червеобразнаго отростка въ межприпадковомъ періодѣ тѣ, что отростокъ болѣе доступенъ и операція совершенно *неопасна*.

Накопившійся же за сравнительно короткое время матеріалъ опровергъ правильность этихъ положеній.

Во 1-хъ, опасность рецидивовъ для каждаго случая оказалась, какъ мы видѣли, весьма преувеличеной, и скоро большинство авторовъ, придерживавшихся активнаго вмѣшательства, признало недо-

[1]) l. c.

статочнымъ показаніемъ къ операціи наличность не только одного припадка, но даже нѣсколькихъ легкихъ припадковъ, и только меньшинство авторовъ, какъ напр. Roux [1]) Jalanguier, [1]) Rydygier [2]), Розановъ [3]), Цеге-фонъ Мантейфель и др., считаютъ показанной операцію между приступами при катаральныхъ аппендицитахъ, если они повторялись хотя бы только одинъ или два раза.

Во-2-хъ, операцію въ межприпадковомъ періодѣ далеко не во всѣхъ случаяхъ можно признать технически *легкой*. Отысканіе и отдѣленіе червеобразнаго отростка среди сращеній часто требуетъ весьма опытныхъ рукъ, поэтому эту операцію слѣдуетъ производить только въ хорошо обставленныхъ больницахъ и клиникахъ. Сращенія иногда бываютъ настолькѣ значительны, что не можетъ быть и рѣчи объ изолированномъ удаленіи червеобразнаго отростка, а проходится прибѣгать къ резекціи слѣпой кишки, какъ напр. въ случ. Sonnenburg'a [4]) или, какъ въ послѣднее время предложили Jaffé [5]), и Martin [6]) къ наложенію анастомоза между концомъ подвздошной кишки и восходящей толстой кишкою.

Въ 3-хъ, наконецъ, значительно должно охладить пылъ къ ампутаціи червеобразнаго отростка опубликованные случаи возвратовъ припадковъ и послѣ удаленія отростка, такъ какъ иногда причина болѣзненныхъ явленій бываетъ не въ самомъ отросткѣ, а въ окружающихъ склейкахъ, или въ оставшихся внѣ отростка воспалительныхъ очагахъ и т. д. На отсутствіе положительныхъ данныхъ, что резекція червеобразнаго отростка во всѣхъ случаяхъ даетъ постоянное выздоровленіе, указалъ еще въ 90-мъ году Dennis [7]). О случаяхъ возврата припадковъ и послѣ удаленія червеобразнаго отростка упоминаетъ также Sahli, a Gerhardt [8]), Fowler, Bernays, Borchard, Vignard [9]) приводятъ по одному случаю, гдѣ послѣ ампутаціи отростка наблюдались рецидивы, Richardson приво-

[1]) XIII. Internat. Congr. de méd. à Paris. 1900.
[2]) Rydygier. Przegląd lekarski 1899.
[3]) Розановъ В. Н. Научн. Собр. врачей Ст. Екатер. Больницы въ Москвѣ 28 апр. 1901. Реф. Врачъ р. 1428 1901.
[4]) Sonnenburg. Resection des Coecum und eines Theiles des Ileum nach Appendicitis.—Freie Verein. des Chirurgen Berlins. Sitz. am 8 Juli 1901.
[5]) Jaffé M. Zur Exstirpation des Wurmfortsatzes im freien Intervall.—Centralbl. für Chirurgie № 31. 1901.
[6]) Martin E. Zur Epityphlitis-operation im freien Intervall. Enteroanastomose. Centralbl. für Chirurgie № 39. 1901.
[7]) l. c.
[8]) Gerhardt. Perityphlitis mit Rückfällen.—Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 1. H. 3.
[9]) Vignard P. De l'appendicectomie. Indications. Contreindications et manuel opératoire. Paris. 1899.

дитъ 2 такихъ случая. Harte также наблюдалъ въ 2—3 случаяхъ возвраты послѣ резекціи отростка, но онъ объясняетъ возвраты тѣмъ, что оставлены были слишкомъ длинныя культи отростка, Körte [1]) описываетъ 2 наблюдавшихся имъ случая возврата болѣзненныхъ явленій, несмотря на удаленіе отростка, а Дьяконовъ [2]) полагаетъ, что возвратъ болѣзненныхъ явленій довольно частое явленіе, но на нихъ обращаютъ вниманіе только при значительной интенсивности ихъ. Такихъ 3 рѣзкихъ случая наблюдалъ самъ Дьяконовъ и въ одномъ изъ нихъ пришлось ему прибѣгнуть къ вторичной операціи черезъ 9 мѣсяцевъ послѣ удаленія червеобразнаго отростка. Нѣкоторые авторы (Körte, Pozzi [3]) и др.) на основаніи тѣхъ случаевъ, гдѣ послѣ резекціи отростка не наступало полнаго выздоровленія, дѣлаютъ заключеніе, что въ данныхъ случаяхъ замѣшался *тифлитъ*, а не заболѣваніе червеобразнаго отростка—замѣчаніе, конечно, далеко не для всѣхъ случаевъ доказанное.

Всѣ перечисленныя данныя привели къ значительному ограниченію показаній къ удаленію червеобразнаго отростка при рецидивирующемъ перитифлитѣ, именно большинство авторовъ пришло къ тому убѣжденію, что *показана операція, когда припадки повторяются очень часто, лишая больныхъ возможности продолжать свои обычныя занятія, или когда припадки хотя и не часты, но жестоки, или же если каждый слѣдующій припадокъ становится тяжелѣе.*

Показана также операція, если въ межприпадковомъ періодѣ не наступаетъ полнаго выздоровленія, особенно когда остается прощупываемая бользненная опухоль (червеобразный отростокъ).

У женщинъ кромѣ того могутъ служить показаніемъ къ удаленію червеобразнаго отростка, сращенія его съ придатками матки, обусловливающія тѣмъ заболѣваніе правосторонніхъ придатковъ и вызывающія выкидыши. Здѣсь удаленіе отростка съ правосторонними придатками можетъ предохранить отъ заболѣванія лѣвосторонніе придатки, а также предупредить выкидышъ въ будущемъ.

Время операціи межъ припадками выбирается обыкновенно та-

[1]) Körte. Wann sollen wir bei Perityphlitis chirurgisch eingreifen?—Deutsche Aerzte-Zeitung, № 2 u. 3. 1901.
[2]) Дьяконовъ. По поводу заболѣваній слѣпой кишки у лицъ съ удаленнымъ червеобразнымъ отросткомъ.—«Хирургія». Т. XI. 1902.
[3]) Pozzi. De l'appendicite.—Presse méd. № 1. 1897.

кое, когда всѣ острыя явленія раздраженія предшествовавшаго припадка совершенно стихли. Нѣкоторые хирурги (Barling [1]) и др.) рекомендуютъ приступать къ операціи спустя *три* недѣли послѣ начала припадка, указывая на то, что раньше этого срока, острый процессъ еще опасенъ для операціи, а послѣ бо́льшаго срока остающіяся склейки пріобрѣтаютъ значительную крѣпость и тѣмъ затрудняютъ операцію.

Преимущества удаленія червеобразнаго отростка въ періодѣ покоя лежатъ внѣ сомнѣнія и предложеніе Karewski'aго [2]), что *при рецидивирующей формѣ лучше оперировать во время припадка и затѣмъ спустя нѣсколько недѣль приступать къ резекціи отростка*, надо понимать въ смыслѣ ограниченія показаній къ операціи, т. е. что *слѣдуетъ искать показаній въ самомъ припадкѣ*, если же ихъ нѣтъ во время припадка, то нѣтъ необходимости въ резекціи отростка и въ періодѣ покоя.

Но есть, однако, хирурги, предпочитающіе оперировать не въ межприпадковомъ періодѣ, а именно во время припадка; такъ, Bernays [3]), Bunts [4]), предпочитая оперировать въ остромъ періодѣ, не совѣтуютъ въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ не было произведено операціи по поводу перваго приступа, тотчасъ послѣ него производить операцію, а дожидаться второго приступа.

Также Sprengel [5]), исходя изъ того факта, что удаленіе червеобразнаго отростка въ межприпадковомъ періодѣ въ тяжелыхъ случаяхъ трудно и рискованно, рекомендуетъ въ такихъ случаяхъ дожидать новаго припадка и во время его немедленно приступать къ операціи.

При операціяхъ рецидивирующихъ перитифлитовъ въ періодѣ покоя разрѣзъ брюшныхъ стѣнокъ избирается одинъ изъ описанныхъ выше въ главѣ объ оперативной техникѣ острыхъ случаевъ: *боковой дуодидно-косой по* Parker'y, *вертикальный по* Schüller'y, *параллельный l. semilunaris, по наружному краю m. recti, черезъ m. rectus у наружнаго или внутренняго (по* Lennander'y) *краю или, наконецъ, черезъ срединную линію* —

[1]) Barling G. Interval operations in appendicitis chiefly for relapse. — Brit. med. Journ. Jan. 29. 1898.
[2]) Karewski. Ueber Perityphlitis bei Kinder—Münch. med. Woch. p. 42. 1897.
[3]) l. c.
[4]) Bunts. When shall we operate in appendicitis. –Med. News № 22. 1900.
[5]) l. c.

о выгодахъ и недостаткахъ того или другого разрѣза подробно изложено въ указанной главѣ.

Величина разрѣза зависитъ отъ подлежащаго случая: если мѣстоположеніе червеобразнаго отростка легко опредѣляется уже черезъ брюшные покровы и не ожидается обильныхъ склеекъ, то разрѣзъ можетъ быть очень малымъ, какъ напр., Deaver дѣлаетъ его лишь постольку широкимъ, чтобы пропустить черезъ него указательный палецъ и вывести червеобразный отростокъ; такіе разрѣзы онъ закрываетъ только однимъ швомъ. Moullin [6]), Rosenberger [7]) и др. и въ острыхъ случаяхъ настаиваютъ на очень малыхъ разрѣзахъ, достаточныхъ, чтобы пропустить въ брюшную полость указательный палецъ или дренажную трубку къ червеобразному отростку. Въ нашемъ случаѣ съ вторичнымъ удаленіемъ червеобразнаго отростка, мы тутъ же подъ брюшиной ясно прощупывали подвижный увеличенный отростокъ, который намъ легко удалось вывести черезъ разрѣзъ брюшины снтм. въ 2 длиною.

Малые разрѣзы, несомнѣнно, имѣютъ громадную выгоду въ смыслѣ предупрежденія развитія грыжъ на мѣстѣ рубца, но они имѣютъ такой же большой недостатокъ, что осуждаютъ на манипуляціи *in telnyю* въ брюшной полости: не говоря о томъ, что обиліе склеекъ, прочность ихъ, скрытое положеніе червеобразнаго отростка и его фиксація къ брюшнымъ стѣнкамъ или къ кишечнику дѣлаютъ невозможнымъ его отысканіе и выведеніе наружу, мы не можемъ поручиться въ каждомъ случаѣ, что не имѣется здѣсь остатковъ гнойныхъ фокусовъ, сидящихъ въ сосѣдствѣ съ червеобразнымъ отросткомъ или среди склеекъ. Всѣ эти соображенія заставляютъ прибѣгать къ разрѣзамъ, *настолько широкимъ, чтобы манипуляціи въ брюшной полости совершались ad oculos.*

По разрѣзамъ брюшныхъ стѣнокъ края раны раздвигаются крючками или въ дѣлахъ меньшей травмы тканей *лигатурами* (Cousins [8]) и въ брюшную полость вокругъ слѣпой кишки вводятся защищающіе временные тампоны на случай присутствія гноя и загрязненія при ампутаціи червеобразнаго отростка; затѣмъ приступаютъ къ отысканію червеобразнаго отростка, руководствомъ къ чему служитъ передняя taenia. Встрѣчающіяся на пути склейки

[6]) Moullin M. Early operation in appendicitis.—Brit. med. Journ., p. 1259. 1900.
[7]) Rosenberger. Ueber die Art und die Bedeutung des chirurgischen Eingriffes während eines Typhlitisanfalles.— Versamml. deutsch. Naturforscher und Aerzte in Aachen. 1900.
[8]) Cousins. 65-th Meeting British Med. Associat. 1897.

разрываются тупымъ путемъ, а болѣе крѣпкія во избѣжаніе разрыва серознаго покрова кишекъ пересѣкаются ножницами; при кровотеченіяхъ изъ разорванныхъ склеекъ накладываются лигатуры.

Отсѣкавъ червеобразный отростокъ, выводятъ его вмѣстѣ съ слѣпой кишкой по возможности ближе въ рану и, наложивши лигатуру на его брыжжейку, приступаютъ къ его ампутаціи—наиболѣе важному акту операціи и въ техническомъ отношеніи, а именно здѣсь важна *надежная обработка культи отростка.*

Методы обработки культи червеобразнаго отростка разнообразны. Наиболѣе распространенный — это упоминутый выше *манжетный*; отворотивши манжетку и отсѣкши червеобразный отростокъ, слизисто-мышечную культю тщательно вытираютъ, или дезинфицируютъ сулемой, или прижигаютъ *чистой карболкой*, или *дымящейся азотной кислотой*, или, наконецъ, *термокаутеромъ*, послѣ чего манжетку отворачиваютъ и зашиваютъ Лембертовскими швами или даже перевязываютъ лигатурой (Murphy), если манжетка достаточно длинна, а при короткой манжеткѣ культю закрываютъ брыжжейкой отростка, или, какъ предлагаетъ Красинцевъ, на культю надвигаютъ и укрѣпляютъ нѣсколькими швами *plicat ileo-coecalem.*

Манжетку можно закрыть 2—3 рядами швовъ, постепенно *впячивая* культю, какъ это дѣлаетъ Roux, или еще проще, закрывая, или не закрывая даже манжетку швами, *впячивъ* всю культю съ лигатурой у ея основанія въ слѣпую кишку и образовавшійся въ послѣдней желобокъ закрыть Лембертовскими швами, послѣ чего отъ червеобразнаго отростка не остается ни слѣда—этотъ методъ *впячиванія культи въ слѣпую кишку наиболѣе цѣлесообразенъ.*

Нѣсколько измѣненный методъ *впячиванія культи* предлагаетъ Fowler [1]: брыжжейка перевязывается лигатурой и отдѣляется отъ червеобразнаго отростка, затѣмъ, сильно вытягивая червеобразный отростокъ, получаютъ конусовидное выпячиваніе стѣнки слѣпой кишки, на которое накладываютъ на разстояніи 1 снтм. отъ основанія отростка круговой шовъ, но не затягиваютъ его; на основаніе червеобразнаго отростка и на разстояніи $1^1/_2$ снтм. кладутся временныя лигатуры, между которыми и перерѣзается червеобразный отростокъ, лучше всего термокаутеромъ, при которомъ опасности кровотеченія и инфекціи отъ кишечнаго содержимаго сводятся къ minimum'у. Въ заключеніе временная лигатура удаляется и круговой шовъ затягивается.

[1]) Fowler G. R. Typical excision versus inversion of the vermiform appendic.—American Journal of the med. Sc., Febr. 1897.

Точно такой же способъ въ недавнее время предложилъ Дьяконовъ, съ тою только разницей, что вмѣсто временныхъ лигатуръ онъ употребляетъ кровеостанавливающіе пинцеты. A Hermann [1]) не накладываетъ предварительно ни временныхъ лигатуръ, ни пинцета, а отсѣкши отростокъ, впячиваетъ его въ слѣпую кишку и дефектъ закрываетъ 2 рядами серозно-мышечныхъ швовъ.

Главная особенность этого метода та, что культя червеобразнаго отростка не перевязывается круговой лигатурой и тѣмъ избѣгается мертвое замкнутое пространство, получающееся при впячиваніи перевязанной культи.

Fowler настаиваетъ и на тщательной обработкѣ брыжжейки отростка, именно по отсѣченіи ея образовавшуюся шероховатую поверхность онъ совѣтуетъ, для предупрежденія развитія здѣсь склеекъ, обшить или притянуть къ культѣ отростка, чѣмъ кромѣ того достигается наиболѣе прочное закрытіе культи.

Edebohls [2]) и въ послѣднее время Baldwin [3]) весьма рекомендуютъ методъ впячиванія всего червеобразнаго отростка въ слѣпую кишку, не вскрывая и не отсѣкая его. Техника состоитъ въ слѣдующемъ: брыжжейка червеобразнаго отростка пересѣкается и отростокъ впячивается въ слѣпую кишку, если же серозный и мышечный слои червеобразнаго отростка утолщены, то они разсѣкаются продольнымъ разрѣзомъ до слизистой, которая уже одна впячивается въ полость слѣпой кишки. Послѣ впячиванія накладывается 2—3 шва.

Baldwin весьма хвалитъ этотъ методъ за его простоту и непродолжительность операціи, но надо замѣтить, что Baldwin, хотя и произвелъ эту операцію въ 100 случ., однако въ 80 случаяхъ онъ имѣлъ дѣло съ нормальнымъ червеобразнымъ отросткомъ, подвергнутымъ имъ операціи изъ принципа дѣлать это при всякой лапаротоміи. На измѣненныхъ же отросткахъ эта операція, вѣроятно, не такъ проста.

Отъ метода впячиванія культи въ слѣпую кишку близкій переходъ къ полному *вырѣзанію* червеобразнаго отростка изъ слѣпой

[1]) Hermann M. W. Przeglad Lekarski, 1901.

[2]) Edebohls G. M. Inversion of the vermiform appendix.—Amer. Journ. med. Sc. June. 1895.

[3]) Baldwin. Inversion of the uncut appendix.—Med. Rec. Jan. 20, 1900.

кишки, какъ это особенно рекомендуетъ Deaver. Образовавшійся дефектъ въ стѣнкѣ слѣпой кишки закрывается Лембертовскими швами, какъ всякая кишечная рана.

Простая ампутація культи безъ шва, какъ мало надежная, должна быть оставлена при операціяхъ въ періодѣ покоя.

Излишни предосторожности предлагаемаго Thiéry [1]) сложнаго метода ампутаціи червеобразнаго отростка для избѣжанія послѣдовательнаго перитонита. Онъ предлагаетъ производить ампутацію отростка въ три пріема: въ первый пріемъ отростокъ только вшивается въ брюшную рану; черезъ нѣкоторое время, достаточное для образованія склеекъ, приступаютъ къ второму пріему: ампутаціи отростка и въ 3-ій пріемъ закрываютъ брюшную рану съ дренажемъ.

Покончивши съ ампутаціей червеобразнаго отростка въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ не было ни гноя, ни загрязненія брюшной полости при ампутаціи, всѣ защищающіе тампоны удаляютъ и рану закрываютъ наглухо послойнымъ швомъ; шовъ на брюшину, на мышцы, на апоневрозъ (или на мышцы и апоневрозъ общій) и на кожу.

Если же въ брюшной полости оказался гнойный фокусъ или произошло загрязненіе, то оставляется нѣсколько полосокъ марли въ соприкосновеніи съ соотвѣтствующимъ мѣстомъ и брюшная рана закрывается не наглухо. Смотря по количеству гноя и степени загрязненія, тампоны удаляются черезъ 2—3 дня, и въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ загрязненіе было весьма незначительно и тампоны введены только ради предосторожности, то у оставленнаго отверстія проводятся предварительные швы, которые и затягиваются по удаленіи тампоновъ, если никакого раздраженія брюшины не оказалось.

Нѣкоторые хирурги, по преимуществу англійскіе и американскіе, а также нѣмецкіе (напр. Riedel и др.), даже при наличности небольшихъ гнойниковъ закрываютъ брюшную рану наглухо, ограничиваясь старательнымъ очищеніемъ и промываніемъ гнойника.

Шовъ на брюшину и матеріалъ для шва также употребляются различные, какъ вообще при закрытіи брюшной раны послѣ всякой лапаротоміи.

[1]) Thiéry. Les méthodes de sécurité dans le traitement opératoire de l'appendicite. –XIII Internat. Congrès de méd. à Paris. 1900.

Стремленіе, во чтобы то ни стало, удалять заболѣвшій червеобразный отростокъ выработало методъ операціи между припадками въ періодѣ покоя; по аналогіи съ этой операціей народился новый методъ удаленія червеобразнаго отростка послѣ вскрытія и заживленія перитифлитическаго гнойника, т. е. тоже въ періодѣ покоя—*такъ называемая вторичная ампутація* (*резекція*) *червеобразнаго отростка* при гнойной формѣ. Побужденія къ вторичной ампутаціи тѣ же, что и при операціяхъ въ періодѣ покоя—опасность рецидивовъ— и тѣ же преимущества: операція среди незараженной брюшной полости. Однимъ изъ первыхъ, произведшихъ вторичную ампутацію червеобразнаго отростка, былъ д-ръ A. Bergmann [1]), въ Ригѣ. Deaver, считающій настоятельно необходимымъ удаленіе червеобразнаго отростка и въ острожъ періодѣ, рекомендуетъ вторичную ампутацію хирургамъ, имѣющимъ мало опыта съ гнойными заболѣваніями брюшной полости и не рискующимъ поэтому на сложныя манипуляціи съ удаленіемъ отростка въ присутствіи гноя. Особенно много производилъ названную операцію Körte (Borchardt), но онъ къ этой операціи относитъ и случаи, оперированные имъ до заживленія раны изъ-за долго не заживающихъ свищей, такъ что его случаи не есть типичные для названной операціи.

Нами вторичная резекція произведена одинъ разъ.—Въ этомъ случаѣ, хотя не было настоятельныхъ показаній къ ампутаціи червеобразнаго отростка и операція нами была предпринята исключительно только ради наложенія вторичныхъ швовъ, что мы производимъ, какъ указывали выше, безъ вскрытія брюшины, но близость увеличеннаго червеобразнаго отростка, тутъ же прощупывавшагося черезъ брюшину, такъ сказать, дававшагося намъ прямо въ руки, заставила насъ прибѣгнуть къ его удаленію.

Показаніями къ вторичному удаленію отростка должны служить остающіяся по заживленіи раны боли, разстройство кишечныхъ отправленій и вообще всѣ тѣ же явленія, что и при рецидивирующей формѣ.

Хотя мы во всѣхъ случаяхъ считаемъ безусловно необходимымъ по заживленіи гнойника накладывать т. называемые вторичные швы, и казалось бы вопросъ о вторичномъ удаленіи червеобразнаго отростка тѣмъ упрощается, но мы считаемъ также необходимымъ при наложеніи вторичныхъ швовъ избѣгать вскрытія брюшной по-

[2]) Klemm P. Indic. zur Operation der Perityphlitis.– St. Petersb. med. Wochenschrift. № 46. 1893.

лости, приступая же ко вторичной ампутаціи, мы изъ простой операціи наложенія вторичныхъ швовъ дѣлаемъ уже серьезную операцію, которую ни въ коемъ случаѣ нельзя рекомендовать въ широкихъ размѣрахъ. Для нея, повторяемъ, должны быть опредѣленныя показанія или необыкновенно благопріятныя условія, какъ было въ приведенномъ нашемъ случаѣ.

Что касается *терапевтическаго леченія* рецидивирующихъ перитифлитовъ, то оно не должно уклоняться отъ принциповъ, проводимыхъ при леченіи острыхъ случаевъ и не только во время припадковъ, но внѣ ихъ должно избѣгать тѣхъ вліяній, которыя строго противопоказаны при остромъ періодѣ.

Въ качествѣ *профилактическихъ* мѣръ противъ повторенія припадковъ рекомендуется избѣгать разстройствъ желудочно-кишечныхъ отправленій, заботиться о регулированіи ежедневнаго стула, чего скорѣе всего можно достигнуть пищевымъ режимомъ, но не слѣдуетъ ограничиваться только легко перевариваемой пищей, а, наоборотъ, употреблять также и растительную пищу: *зелень, вареные фрукты* и т. д.

Нѣкоторые авторы (Sonnenburg, Roux и др.) съ той же цѣлью рекомендуютъ *велосипедную ѣзду*, причемъ необходимо, однако, избѣгать посадки съ согнутымъ напередъ туловищемъ, тогда какъ другіе (R. Morris [1]) предостерегаютъ отъ велосипедной ѣзды, такъ какъ она, по ихъ мнѣнію, вслѣдствіе усиленной работы m. ileo-psoas, съ одной стороны содѣйствуетъ воспаленію червеобразнаго отростка, а съ другой стороны можетъ вести и къ разрыванъ уже существующихъ возлѣ этого придатка сращеній.

Верховая ѣзда вслѣдствіе сильныхъ толчковъ при ней безусловно возбраняется.

О *массажѣ* см. стр. 449.

Недавно Horwitz [2]) сообщилъ 4 случая хроническаго аппендицита, наблюдавшихся имъ у сифилитиковъ и *излеченныхъ* имъ *дробными пріемами одноіодистой ртути*, а между тѣмъ, казалось, единственнымъ средствомъ избавить больныхъ отъ болѣзни было изсѣченіе червеобразнаго отростка. Число приступовъ было отъ 2 до 9. Въ препаратѣ по поводу сообщенія Horwitz'a нѣкоторые врачи привели подобные же случаи излеченія ртутью отъ аппендицита у сифилитиковъ. Оказывала ли здѣсь ртуть специфическое дѣйствіе или же было простое совпаденіе на ряду съ ограниченіемъ діэты и улучшенія гигіены, остается въ этихъ случаяхъ въ виду малочисленности наблюденій еще не выясненнымъ.

При специфическомъ хроническомъ *актиномикотическомъ* перитифлитѣ наряду съ хирургическимъ вмѣшательствомъ полезно внутреннее леченіе *іодистымъ каліемъ*, а также и промываніе раны 1% растворомъ того же препарата (Gangolphe et Duplant [1]))

---

[1]) Morris R. La méd. mod. 1897.

[2]) Horwitz Or. Four cases of secondary syphilis compicated with chronic appendicitis, in which a continuous course of tonic doses of mercury resulted in marked subsidence of the appendicular symptoms.—Annals of Surgery. Jan. 1898.

[1]) Gangolphe et Duplant. Typhlite et appendicite actynomycotique.— Revue de chirurgie. 1897.

ТАБЛИЦЫ

положенія слѣпой кишки и червеобразнаго отростка.

НБ ХНМУ

№№ по порядку.	№№ по автопсіи.	Мѣстоположеніе слѣпой кишки.	Мѣстоотхожденіе червеобразнаго отростка.	Направленіе и мѣстоположеніе червеобразнаго отростка.	Особыя примѣчанія.
		Женскіе		**случаи.**	
1	264	Слѣпая кишка находится въ подвздошно-слѣпой ямкѣ съ диомъ, повернутымъ внутри.	Червеобразный отростокъ отходитъ отъ внутренне-задняго сегмента дна слѣпой кишки.	Червеобр. отростокъ, направляясь черезъ край m. ileo-psoas и сосудистый пучекъ, свободно свѣшивается въ полость малаго таза.	
2	265	Въ подвздошно-слѣпой ямкѣ.	Отъ нижне-задне-внутренняго сегмента.	Косвенно вверхъ и внутрь подъ конецъ iniest. ilei, гдѣ складывается вдвое и идетъ назадъ къ слѣпой кишкѣ. Верхушка кольца отростка плотно приращена къ межпозвоночному хрящу III и IV-го поясничн. позвонковъ.	
3	268	Слѣпая кишка спускается въ подвздошную ямку по оси, направленной сверху-снутри книзу - кнаружи, такъ что дно слѣпой кишки повернуто кнаружи и слѣпая кишка только частью лежитъ въ подвздошно-слѣпой ямкѣ. (Рис. 13).	Отъ наружнаго сегмента.	Идетъ на высотѣ promontorium поперекъ m. psoas кнаружи.	
4	269	Въ подвздошно-слѣпой ямкѣ.	Отъ внутренне-задняго сегмента.	По направленію кнаружи и позади слѣпой кишки.	
5	270	Слѣпая кишка немного вытѣснена изъ подвздошно-слѣпой ямки петлями тонкихъ кишекъ.	Отъ задняго сегмента.	Кзади вверхъ, позади слѣпой кишки въ хорошо развитой fossa subcoecalis.	Отростокъ лежитъ въ fossa subcoecalis совершенно свободно, такъ что легко выводится оттуда.
6	271	Въ подвздошно-слѣпой ямкѣ, свѣшиваясь немного внутри черезъ край m. Ileo-psoas.	Отъ внутренне-задняго сегмента.	Частью лежитъ свернутымъ у внутренняго края m. psoas на высотѣ promontorium, частью спускается по ileo-sacral'ному сочленению въ полость малаго таза.	
7	272	Въ подвздошно-слѣпой ямкѣ.	Отъ внутренне-задняго сегмента.	Поднимается косо вверхъ внутри и на половинѣ своего протяженія подъ iniest. ilei перегибается и направляется внизъ, прилегая къ правой половинѣ IV-го поясничнаго позвонка.	
8	273	Въ подвздошно-слѣпой ямкѣ.	Отъ задняго сегмента.	Поднимается вверхъ и лежитъ позади слѣпой кишки въ fossa subcoecalis.	Fossa subcoecalis прекрасно здѣсь выражена, величиною въ голубиное яйцо.
9	274	Дно слѣпой кишки вмѣстѣ съ концомъ iniest. ilei свѣсилось черезъ край m. ileo-psoas въ полость малаго таза немного ниже promontorium. (Рис. 5).	Отъ задне-внутренняго сегмента.	Свободно спускается въ полость малаго таза.	

№№ по порядку.	№№ по журналу вскрытій.	Мѣстоположеніе слѣпой кишки.	Мѣстоотхожденіе червеобразнаго отростка.
10	275	Слѣпая кишка лежитъ надъ входомъ въ малый тазъ и частью въ маломъ тазу, совершенно закрывая правую и частью лѣвую половину входа въ малый тазъ.	Отъ переднe-нижняго сегмента.
11	276	Въ подвздошно-слѣпой ямкѣ.	Отъ задне-внутренняго сегмента.
12	277	Въ подвздошно-слѣпой ямкѣ.	Червеобразный отростокъ, начинаясь воронкообразно и имѣя hausira, отходитъ отъ внутренняго сегмента. (Рис. 2).
13	278	Въ подвздошно-слѣпой ямкѣ съ дномъ, повернутымъ кнутри.	Отъ задне-внутренняго сегмента.
14	279	Въ подвздошно-слѣпой ямкѣ съ дномъ, повернутымъ кнутри.	Отъ внутренняго сегмента, начальная часть воронкообразная съ hausira. (Рис. 2).
15	280	Въ подвздошно-слѣпой ямкѣ, съ дномъ, немного выходящимъ кнутри за край m. psoas и повернутымъ кнутри.	Отъ внутренняго сегмента.
16	281	Въ подвздошно-слѣпой ямкѣ съ дномъ, немного заходящимъ кнутри за край m. psoas и повернутымъ внутрь и внизъ.	Отъ задне-внутренняго сегмента.
17	282	Въ подвздошно-слѣпой ямкѣ, не вполнѣ, однако, спустилась въ нее; дно слѣпой кишки конусовидно и повернуто кнутри внизъ.	Отъ верхушки конусовиднаго дна.
18	283	Въ подвздошно-слѣпой ямкѣ.	Отъ задне-внутренняго сегмента.
19	284	Въ подвздошно-слѣпой ямкѣ. Дно слѣпой кишки повернуто кнутри и немного заходитъ за край m. psoas.	Отъ задне-внутренняго сегмента.

Направленіе и мѣстоположеніе червеобразнаго отростка.	Особыя примѣчанія.
Надъ входомъ въ малый тазъ въ горизонтальномъ направленіи спереди назадъ между слѣпою кишкою и тонкими, находящимися въ полости малаго таза.	
Поворачивается кнаружи и ложится позади слѣпой кишки на m. psoas et iliacus. (Рис. 20).	Слѣпая кишка, а также и червеобр. и отростокъ склеены нѣжными склейками съ петлями тонкихъ кишекъ.
Идетъ горизонтально кнутри подъ intest. ilei и, доходя до позвоночника, спускается своей трубчатой частью подъ прямымъ угломъ книзу и достигаетъ своей верхушкой promontorium.	
Идетъ немного кнутри и затѣмъ ниже promontorium спускается въ полость малаго таза, достигая своей верхушкой дна матки. (Рис. 18).	
Въ подвздошно-слѣпой ямкѣ кнутри и внизу отъ слѣпой кишки у края m. ileo-psoas.	
Перегибаясь черезъ край m. psoas, червеобр. отростокъ лежитъ на позвоночникѣ на высотѣ promontorium свободно между петлями кишекъ.	
Лежитъ свободно кнутри, немного выше promontorium, соприкасаясь съ rectum и петлями тонкихъ кишекъ.	
Поперечно кнутри къ позвоночнику, достигая своей верхушкой лѣвой половины V-го поясничнаго позвонка. Отростокъ частью прикрытъ концомъ intest. ilei и, благодаря своей короткой брыжейкѣ, фиксированъ въ сказанномъ положеніи.	
Въ подвздошно-слѣпой ямкѣ позади мѣста впаденія intest. ilei въ слѣпую кишку, съ верхушкой, выступающей изъ подъ intest. ilei.	
Червеобр. отростокъ лежитъ позади внутренняго края слѣпой кишки свернутымъ и покрытымъ листкомъ брюшины, черезъ который отростокъ, однако, просвѣчивается вполнѣ ясно.	По удаленіи слѣпой к. и червеобр. отростка оказалось, что отростокъ лежитъ въ особой полости, представляющей собою, безъ сомнѣнія, часть какъ бы

общимъ перитонитомъ, онъ требуетъ операціи, если спустя 36 час. постояннаго пребыванія и выжидательнаго леченія пульсъ остается свыше 100 ударовъ въ минуту.

Benedict[1]) утверждаетъ, что пациенты, оперируемые немедленно по заболѣваніи всѣ выздоравливаютъ; даже при операціяхъ до 3-го дня смертность не велика. На раннихъ операціяхъ онъ настаиваетъ и на томъ еще основаніи, что при нихъ грыжи при закрытіи брюшной раны развиваются только въ $3^1/_2\%$, а безъ швовъ только въ $11^1/_2\%$. Однако же, рекомендуя раннія операціи, онъ различаетъ *appendicitis* и *typhlitis*.

Bouts[2]) различаетъ 5 группъ показаній къ операціи:

1) Когда аппендицитъ средней тяжести и тотчасъ распознанъ, лучше оперировать. 2) Когда аппендицитъ болѣе тяжелой формы, необходимо какъ можно раньше оперировать. 3) Въ случаяхъ, распознанныхъ черезъ нѣсколько дней — выжидать, если же процессъ обострается, то оперировать. 4) При стихающихъ явленіяхъ не оперировать, не оперировать также въ промежуткѣ, а лучше дождаться новаго припадка и тогда тотчасъ же оперировать. 5) При септическихъ перитонитахъ лучше не оперировать, чтобы не портить репутаціи операціи.

Mynter[3]), настаиваетъ на широкомъ и раннемъ хирургическомъ вмѣшательствѣ, непремѣнно прибѣгая къ нему въ остромъ періодѣ, если черезъ 24 часа не наступаетъ улучшенія, но если наступаетъ, то онъ откладываетъ операцію до періода затишья; кромѣ того онъ признаетъ также и typhlitis stercoralis, гдѣ, конечно, примѣняетъ только терапевтическое леченіе.

Среди *французскихъ* врачей несравненно меньше приверженцевъ хирургическаго и *ранняго* вмѣшательства въ леченіи перитифлитовъ. Многихъ изъ нихъ можно было бы признать за активныхъ хирурговъ, если бы они не ограничивали бы показанія къ раннему вмѣшательству, выдѣляя въ особую группу многіе случаи, какъ colique appendiculaire, typhlite stercorale и относя ихъ къ разряду заболѣваній, требующихъ только терапевтическаго леченія.

Затѣмъ, многіе французскіе хирурги, начавшіе свою практику въ леченіи перитифлитовъ раннимъ активнымъ хирургическимъ вмѣ-

[1]) Benedict. A medical view of the treatment of the caecum and appendix.— Medical News. № 22, 1900.

[2]) Bouts. When shall we operate in appendicitis.—Med. News. № 22, 1900.

[3]) Mynter. Appendicitis and its surgical treatment.—3 ed. Philadelphia. 1900.

шательствомъ, впослѣдствіи значительно сократили показанія къ нему.

Такъ, напр., Roux[1]) вначалѣ настаивалъ на ранней операціи (opération précoce, intervention hâtive) во всѣхъ случаяхъ перитифлита, гдѣ констатируется гной и даже совѣтовалъ пробную лапаротомію въ сомнительныхъ случаяхъ, хотя онъ уже въ то время выдѣлялъ многіе случаи, не подлежащіе операціи, какъ случаи pérityphlite non suppurée (въ смыслѣ colique appendiculaire Talamon'a) и la typhlite stercorale съ его знаменитымъ признакомъ «boudin stercoral»—въ противоположность уплотненію стѣнки слѣпой кишки (comme du cardon) съ тимпаническимъ звукомъ надъ нею, признаку присутствія гноя. Впослѣдствіи[2]) же онъ еще болѣе ограничилъ показаніе къ оперативному вмѣшательству и сталъ настаивать на «*выжиданіи*», мотивируя это тѣми соображеніями, что «ранняя операція», дѣйствительно, можетъ быть идеальной, но только въ тѣхъ случаяхъ, когда она на самомъ дѣлѣ «ранняя», т. е. предпринята спустя нѣсколько часовъ отъ начала болѣзни, во всѣхъ же случаяхъ больные обращаются къ врачебной помощи спустя болѣе или менѣе продолжительное время, когда уже создались условія, неблагопріятныя для немедленнаго оперативнаго вмѣшательства, такъ какъ брюшина скоро переходитъ въ состояніе раздраженія и операція въ этотъ періодъ очень опасна. Roux совѣтуетъ поэтому выжидать нѣсколько дней, чтобы оперировать *въ періодѣ затишья*, или, если процессъ продолжается, то выждать, пока онъ ограничится и образуется осумкованный нарывъ, причемъ надо выждать, чтобы этотъ нарывъ былъ доступенъ для простого вскрытія со стороны ли брюшныхъ стѣнокъ, рукава или прямой кишки. Хотя эта операція и есть «une opération d'urgence» или «une mauvaise opération», но она имѣетъ, по мнѣнію Roux, то преимущество, что доступна большинству хирурговъ при самой простой обстановкѣ.

---

[1]) Roux. Traitement chir. de la péritythlite suppurée.—Rev. méd. de la Suisse Romande. 1890.

— Correspondenzblatt für schweiz. Aerzte № 14. 1892.

— Du traitement chirurgical de la péritythlite suppurée. Nouvelle contribution.— Revue méd. de la Suisse Romande. 1891 et 1892.

[2]) Roux. Sur une nouvelle série d'opérations «à froid» pour appendicite.—Neuvième Congrès Français de chirurg. 21—25 oct. 1895.

Sur la périty phlite. — Comptes rendus du XII Congr. Internat. de méd. à Moscou 7—14 août 1897. Moscou 1899.

— XIII Congrès internat. à Paris. 1900.

Jalanguier [1]) придерживается тѣхъ же взглядовъ, что и Roux. Противъ раннихъ операцій онъ выставляетъ еще и то соображеніе, что въ первое время діагнозъ бываетъ не установленъ и съ аппендицитомъ легко смѣшать тифъ, инфлюэнцу, энтероколитъ и т. п. Показана операція въ остромъ періодѣ, по его мнѣнію, только въ тѣхъ случаяхъ, если спустя 24—36 часовъ выжидательнаго леченія не наступаетъ улучшенія, если больной безпокоится и если существуютъ сильныя боли при частомъ пульсѣ и низкой t°, равнымъ образомъ, если послѣ кратковременнаго улучшенія наступаетъ частая рвота, поднятіе t° ниже нормы, если увеличивается инфильтратъ и появляются другіе грозные признаки.—При общемъ же перитонитѣ показана немедленная операція.

Предпочитаетъ операцію въ межприпадковомъ періодѣ также Reynier [2]).

Temoin [3]) въ показаніяхъ къ операціи придаетъ большое значеніе обстановкѣ, въ которой находится больной: такъ при леченіи на дому онъ требуетъ ранней операціи, при леченіи же въ больницахъ, гдѣ больные находятся подъ постояннымъ наблюденіемъ врача, онъ допускаетъ выжиданіе.

Verchère [4]) рекомендуетъ немедленную операцію только въ случаяхъ съ быстрымъ и злокачественнымъ теченіемъ, въ болѣе же тихихъ случаяхъ ждать 4—5 дней.

Le Gendre [5]) различаетъ les pérityphlites cæcales и appendicites: первые подлежатъ терапевтическому леченію, вторые—хирургическому. Признаки аппендицита въ главномъ: грозное начало, интенсивныя боли, отсутствіе или незначительность опухоли, неотвязная рвота, быстрое поднятіе t° и facies peritonealis. Если черезъ 48 часовъ отъ начала болѣзни не наступаетъ улучшенія, то при аппендицитахъ показано хирургическое вмѣшательство. Въ сомнительныхъ случаяхъ пробный разрѣзъ.

Такого же дѣленія придерживаются Sevestre и Moizard [6]).

[1]) Jalanguier. A. Indications thérapeutiques dans l'appendicite.—Méd. mod. № 56. 1900.
— XIII. Congrès internat. à Paris. 1900.

[2]) Reynier. Quand peuton dire, qu'on opère une appendicite à froid.— VIII Congrès internat. de méd. à Paris. 1900.

[3]) Temoin.—Arch. provinc. de chir. Août. 1901.

[4]) Verchère F. Quand et comment doit on inciser une appendicite.- La méd. mod. № 104. 1896.

[5]) Le Gendre. Péritypblite et appendicite. Soc. méd. des hôpitaux. Séance du 30 nov. 1894.

[6]) Ibid. Пренія.

Monod въ своихъ работахъ [1]) весьма настаиваетъ на возможно раннемъ (précoce) оперативномъ вмѣшательствѣ въ леченіи перитифлитовъ, а въ сомнительныхъ случаяхъ совѣтуетъ прибѣгать къ пробному разрѣзу. Однако, просматривая его случаи, мы находимъ, что изъ 41 случая въ 19 случаяхъ операція произведена въ первые 13 дней, а въ остальныхъ 22 случаяхъ позднѣе, въ 6 случаяхъ даже спустя 1 мѣсяцъ. Эти сроки операцій нельзя счесть за «раннія».

При такомъ «раннемъ» вмѣшательствѣ и при дѣленіи на typhlite stercorale и appendicite въ показаніяхъ къ операціямъ не отличается отъ перечисленныхъ авторовъ и терапевтъ Talamon [2]), возставшій противъ поспѣшнаго примѣненія ножа.

Выдѣляя въ особыя группы 1) колики въ области червеобразнаго отростка (colique appendiculaire), 2) воспаленіе стѣнокъ отростка (appendicite pariétale) и 3) воспаленіе червеобразнаго отростка съ ограниченнымъ фибринозно-серознымъ перитонитомъ, какъ случаи, подлежащіе исключительно терапевтическому леченію, для остальныхъ формъ заболѣваній червеобразнаго отростка, съ прободеніемъ стѣнокъ и нагноеніемъ, Talamon считаетъ показаннымъ хирургическое вмѣшательство. А такъ какъ въ первые дни (7—8) болѣзни по клиническому теченію весьма трудно различить названныя формы, то необходимо ожидать 7—8 *дней* и если съ этого времени не замѣтно улучшенія, то слѣдуетъ приступить къ оперативному вмѣшательству. Для болѣе тяжелыхъ формъ съ явленіями общаго перитонита операція безполезна и показана только при настоянін на томъ больного.

Вкратцѣ Talamon резюмируетъ показанія къ операціи при различныхъ формахъ перитифлита такъ: «врачъ долженъ *рыпиться* на операцію при острожъ прободномъ аппендицитѣ въ виду признаннаго въ этихъ случаяхъ полнаго безсилія терапевтическихъ средствъ; долженъ *настаивать* при гнойныхъ, *предлагать* при хроническихъ возвратныхъ и рѣшительно *возставать* противъ нея при чистыхъ (парієтальныхъ) и пластическихъ аппендицитахъ».

Guinard [3]) при осумкованныхъ перитонитахъ допускаетъ вы-

[1]) Monod. Vingt deux cas d'appendicite. Remarques sur le diagnostic et le traitement.—Congrès français de chir. à Lyon. oct. 1894.—Rev. chir. № 11. 1894.
— F. Traitement de l'appendicite.—Bull. et mém. de la soc. de chir. 10 juillet. 1895.

[2]) Talamon. Appendicite et péritylhite.—Paris. 1892.
— Appendicites médicales.—La méd. moderne. № 94, 1894.
— Statistique de 80 cas d'appendicite. Soc. méd. des hôp. 9 avr. 1897.

[3]) Guinard. Traitement de l'appendicite.—La méd. mod. № 58. 1898.

жидательное леченіе; удаленіе червеобразнаго отростка (называемое имъ вмѣсто appendicectomie— *prosphysectomie* отъ πρόσφυσις—отростокъ) онъ совѣтуетъ производить только въ легко доступныхъ случаяхъ; при общихъ же перитонитахъ, хотя надежда на успѣхъ и весьма минимальная, Guinard рекомендуетъ немедленно оперировать.

Reclus [1]) при общихъ перитонитахъ совѣтуетъ оперировать, хотя надежда на успѣхъ и слаба, при осумкованномъ перитонитѣ при явленіяхъ, указывающихъ на улучшеніе, онъ рекомендуетъ воздержаться отъ операціи, чтобы оперировать въ межприпадковомъ періодѣ.

Broca [2]) также придерживается болѣе консервативнаго леченія, исходя изъ того убѣжденія, что всегда можно видѣть въ теченіе первыхъ 24—48 часовъ, какое направленіе приметъ болѣзнь; поэтому въ начальной стадіи надо оперировать только въ тѣхъ случаяхъ, когда боли, рвота, задержка стула продолжаются, метеоризмъ увеличивается, и наступаетъ несоотвѣтствіе между пульсомъ и t°.

Querwain [3]) считаетъ операцію предпочтительнѣе въ періодѣ затишья.

Къ активнымъ хирургамъ въ леченіи перитифлитовъ относится Tuffier [4]), настаивающій на немедленномъ оперативномъ вмѣшательствѣ, такъ какъ промедленіе съ операціей можетъ быть опасно.

Такого же взгляда держится Brun [5]), допускающій срокъ выжиданія не далѣе 48 часовъ, если же послѣ этого t° не падаетъ, опухоль не исчезаетъ и особенно не уменьшаются боли, то показана операція.

Routier [6]) также стоитъ за наиболѣе быстрое оперативное вмѣшательство, считая даже затишье въ теченіе аппендицита опаснымъ. Такого же мнѣнія держится и Loison [7]).

---

[1]) Reclus. Traitement de l'appendicite.—La sem. méd. № 26, 1898. и Bull. de l'acad. de méd. 1899.

[2]) Broca A. L'appendicite, formes et traitement. Les actualités médicales. Paris. 1900.

[3]) Querwain F. A quel moment faut il opérer dans les cas d'appendicite.—Sem. méd. № 24, 1900.

[4]) Tuffier. Traitement de l'appendicite.—Soc. de chir. Séance du 19 juillet. 1895.

[5]) Ibid.

[6]) Ibid.

[7]) Loison. Contribution à l'étude pathogénique et thérapeutique de l'appendicite ulcéro-perforante.—Revue de chir. № 1 1896.

Весьма радикальныхъ мнѣній относительно операцій придерживается также и терапевтъ Dieulafoy. Хотя онъ различаетъ два періода въ теченіе перитифлита: 1-й *étape appendiculaire*, гдѣ процессъ ограничивается только червеобразнымъ отросткомъ и 2-й этапъ, гдѣ процессъ переходитъ на брюшину, но по, его мнѣнію, раздѣлить ихъ одинъ отъ другого въ каждомъ конкретномъ случаѣ невозможно и поэтому не слѣдуетъ медлить съ операціей, если въ концѣ 24—36 часовъ имѣются хотя бы какіе либо признаки перитонита. Даже нѣтъ необходимости, чтобы имѣлся перитонитъ, ибо иногда инфекція можетъ произойти и при отсутствіи проведенія черезъ стѣнку отростка, благодаря высокой (exaltée) вирулентности стрептококка или bac. coli comm., содержащихся въ червеобразномъ отросткѣ, преобразовавшемся въ закрытую полость.

Il n'y a pas de traitement médical de l'appendicite, il n'y a qu'un traitement chirurgical—по мнѣнію Dieulafoy—и *on ne se repent d'avoir opéré trop tôt une appendicite; on se repent souvent de l'avoir opérée trop tard.* При примѣненіи на практикѣ такихъ правилъ, по мнѣнію Dieulafoy, больные не должны умирать отъ перитифлита.

Къ активнымъ же хирургамъ относятся Le Dentu [2]), Quénu [3]), Tillaux [4]), Delorme [5]) и др. Le Dentu—требуетъ операціи въ 1-й же день. Delorme, хотя и стоитъ за раннюю операцію, но не настаиваетъ на непремѣнномъ удаленіи червеобразнаго отростка. Tillaux же, наоборотъ, требуетъ, чтобы больныхъ послѣ протекшаго припадка непремѣнно уговаривали на удаленіе червеобразнаго отростка.

Sorel [6]) и Chaput [7]) требуютъ немедленной операціи, допуская выжиданіе, какъ исключеніе, только въ тѣхъ случаяхъ, когда больной находится подъ постояннымъ присмотромъ хирурга.

Vignard [8]) стоитъ за возможно раннее оперативное вмѣшательство, чѣмъ предупреждаются всевозможныя случайности, какъ то прободеніе, перитонитъ, сращенія и пр.

---

[1]) Le Dentu. De la nécessité des interventions très précoces dans le traitement de l'appendicite.—Bull. de l'acad. de méd. Mars. 21, 1899.

[2]) Quénu. Appendicite aiguë perforante. Opération 24 heures après le début. Exstirpation de l'appendice.—Bull. et mem. de la soc. de chir. de Paris. T. XXV. 1900.

[3]) Tillaux. Bull. de acad. de méd. Févr. 7. Mars 7. 1899.

[4]) Delorme. Ibid.

[5]) Sorel. Du traitement de l'appendicite.—Arch. provinc de chir. № 5, 1899.

[6]) Chaput. Traitement de l'appendicite. Gaz hébdom. № 21. 1899.

[7]) Vignard. P. De l'appendicectomie. Indications, contreindications et manuel opératoire. Nécessité de l'appendicectomie précoce. Paris. 1899.

Delangière [2]) требуя ранней операціи, настаиваетъ также на непремѣнномъ удаленіи червеобразнаго отростка.

Poirier [1]), полагая, что острый аппендицитъ при всѣхъ формахъ и всѣхъ степеняхъ требуетъ какъ можно ранняго оперативнаго вмѣшательства, думаетъ, что и большинство членовъ Парижскаго хирургическаго общества, какъ онъ убѣдился изъ преній по этому предмету въ названномъ обществѣ, придерживается тѣхъ взглядовъ, что:

1) медикаментознаго леченія аппендицитовъ не должно быть.

2) Острый аппендицитъ требуетъ подобно ущемленной грыжѣ немедленной операціи, какъ только поставленъ діагнозъ.

3) При общихъ перитонитахъ необходимо оперировать при всѣхъ условіяхъ.

4) Опасно предоставлять аппендицитъ даже съ хорошимъ, повидимому, теченіемъ дальнѣйшему развитію съ цѣлью оперировать въ періодѣ затишья. Операція представляетъ менѣе опасности, чѣмъ выжиданіе даже подъ наблюденіемъ хирурга.

Среди *нѣмецкихъ хирурговъ*, пожалуй, еще меньше приверженцевъ раннихъ операній перитифлита, чѣмъ среди французскихъ. Не такъ давно ихъ было больше, но за послѣднее время съ умноженіемъ наблюденій многіе изъ горячихъ представителей крайнихъ мнѣній объ обязательномъ и возможно раннемъ оперативномъ леченіи заболѣваній червеобразнаго отростка значительно ограничили свои требованія.

Изъ наиболѣе авторитетныхъ представителей крайняго направленія Sonnenburg, въ послѣднихъ своихъ работахъ и сообщеніяхъ [1]) рядъ за рядомъ сталъ выставлять новыя ограниченія къ оперативному вмѣшательству и въ настоящее время его показанія отличаются значительною умѣренностью: въ нихъ мы не находимъ уже той самоувѣренности, какъ напр., приводимое на стр. 421, утвержденіе, что отъ ограниченнаго перитифлита у него не умеръ *ни одинъ больной*; наоборотъ, мы видимъ теперь у него многія

[2]) Delagénière. De l'appendicite.—Arch. prov. de chir. №№ 7, 8. 1900.
[1]) Poirier—Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris. 1899.
[3]) Sonnenburg. Die Indicationen zur chirurgischen Behandlung der Appendicitis.—Verhandl. der deutschen Gesellsch. f. Chirur. XXVIII. Congr. 1899. Archiv f. klin. Chir. 59. 1d. 3. H. 1899.– Die Behandlung der umschriebenen Abscesse der Peritonealhöhle — Deut. med. Wochenschrift. № 5. 1900.—Pathologie und Therapie der Perityphlitis. 4 Aufl. 1900.

указанія на опасности и дурныя послѣдствія оперативнаго вмѣшательства во время острагo припадка, какъ, напр., опасности вскрытія и инфецированія здоровой брюшной полости при вскрытіи гнойника, развитіе простыхъ и калевыхъ свищей, развитіе послѣдовательныхъ грыжъ и т. п. Исходя изъ этихъ соображеній и видя радикальное излеченіе болѣзни въ удаленіи червеобразнаго отростка, Sonnenburg ставитъ слѣдующія показанія къ оперативному вмѣшательству:

1) Операція въ *періодѣ затишья* предпочтительнѣе операціи въ *остромъ періодѣ*.

2) При *Appendicitis simplex* операція въ острома періодѣ показана только въ рѣдкихъ случаяхъ.

3) При *Appendicitis perforativa* въ острома періодѣ операція показана при строгомъ выборѣ случаевъ.

4) При *Appendicitis gangraenosa* необходимо оперировать всегда и рано.

5) *Appendicitis perforativa* и *gangraenosa* съ осложненіями необходимо оперировать.

Существенный недостатокъ формулировки этихъ показаній тотъ, что они построены на клиническомъ дѣленіи перитифлитовъ, въ основу котораго Sonnenburg'омъ положены патолого-анатомическія измѣненія червеобразнаго отростка. О неудовлетворительности такого дѣленія мы говорили уже въ своемъ мѣстѣ и здѣсь повторимъ свое сомнѣніе въ возможности распознаванія патолого-анатомическихъ измѣненій червеобразнаго отростка при жизни по клиническимъ симптомамъ, какъ утверждаетъ то Sonnenburg, хотя въ послѣднее время и не такъ увѣренно, какъ въ прежнихъ работахъ.

Общій выводъ изъ перечисленныхъ показаній Sonnenburg'а тотъ, что немедленная операція показуется только при *гангренозномъ аппендицитѣ*, сопровождаемомъ, по мнѣнію Sonnenburg'а, почти во всѣхъ случаяхъ *общимъ перитонитомъ*; при *ограниченномъ* же перитонитѣ слѣдуетъ *выжидать*, чтобы оперировать въ періодѣ затишья; только въ тѣхъ случаяхъ, когда спустя 4—5 дней не наступаетъ улучшенія ни въ общемъ состояніи, ни въ мѣстныхъ явленіяхъ, [0] не падаетъ и т. п., слѣдуетъ приступать къ операціи.

Удаленіе червеобразнаго отростка въ острома періодѣ Sonnenburg весьма рекомендуетъ, но только опытнымъ хирургамъ, въ благоустроенной больницѣ и при хорошей ассистенціи.

Ученики Sonnenburg'a, Merkens [1]) и Mühsam [2]), придерживаются тѣхъ же взглядовъ на показанія къ операціи, исключая незначительныхъ частностей.

Sonnenburg съ своими измѣненіями въ показаніяхъ къ оперативному вмѣшательству представляетъ не единственный примѣръ хирурга, который выступаетъ съ крайними требованіями, но теоріи долженствующими дать наилучшіе результаты, но послѣ болѣе или менѣе длиннаго ряда практическаго примѣненія теоретически построенныхъ положеній приходитъ къ другимъ выводамъ, противъ которыхъ раньше такъ горячо выступалъ. Такъ Kümmel, какъ извѣстно, одинъ изъ первыхъ выступилъ сторонникомъ раннихъ операцій [3]), каковыхъ и произвелъ довольно много. Послѣдствіи же [4]), съ накопленіемъ наблюденій онъ значительно съузилъ показанія для операцій во время припадка, отдавая предпочтеніе операціямъ въ внѣприпадковомъ періодѣ. Что же касается оперативнаго вмѣшательства во время припадка, то оно показано, по Kümmel'ю, немедленно только въ тяжелыхъ случаяхъ, гдѣ большею частью имѣется диффузный септическій перитонитъ. Легкіе случаи совершенно не подлежатъ операціи, также не во всѣхъ случаяхъ средней тяжести она показана. Каждый случай долженъ быть индивидуализированъ, чтобы опредѣлить время, когда необходимо перейти къ хирургическому леченію. При выжидательномъ леченіи перитифлитовъ средней тяжести Kümmel рекомендуетъ большія дозы опія, лучше въ супозиторіахъ, покой, ледъ и воздержаніе отъ пищи. Если черезъ нѣсколько дней не наступаетъ улучшенія, особенно, когда пульсъ становится неблагопріятнымъ, или скорѣ опять поднимается t^0, или ухудшается общее состояніе, то нельзя медлить съ операціей. Если опредѣляется гнойникъ, то не можетъ быть и сомнѣнія о необходимости вскрыть его. Ампутацію червеобразнаго отростка Kümmel совѣтуетъ производить лишь въ тѣхъ

[1]) Merkens. Ueber allgemeine Peritonitis und Appendicitis. — Mitt. aus d. Grenzgeb. der Med. und Chir. Bd. VII. H. 4 und 5. 1901.

[2]) Mühsam R. Fisteln insbesondere Kothfisteln nach Appendicitisoperationen.— Mitt. aus d. Grenzgeb. der. Med. u. Chir. Bd. V. H. I. 1899.—Zur anatomischen Diagnose bei Perityphlitis.— Verhandl. d. deut. Gesellsch. f. Chir. XXX. Congr. 1901.

[3]) Kümmel. Zur Radicalbehandlung der Perityphlitis durch frühzeitige Resection des Proc. vermiformis.—Arch. f. klin. Chir. XL. 1890.

[4]) Kümmel. Ueber Perityphlitis.—Festschrift zur Feier des 86. Stiftungsfestes des ärztlichen Vereis zu Hamburg. 1896. - Ueber recidivirende Perityphlitis.—Berliner klinische Wochenschrift № 15. 1898.— Verhand. d. deutsch. Gesellsch. f. Chir XXX congr. 1901.

случаяхъ, когда онъ легко доступенъ, иначе разрывомъ склеекъ можно вызвать общее зараженіе. На этомъ же основаніи Kümmel отказался отъ раннихъ операцій, ибо правильнѣе дать природѣ время локализировать при помощи склеекъ инфекціонный очагъ, чѣмъ оперировать въ флегмонозныхъ, еще нераспавшихся тканяхъ.

Тѣ же взгляды на леченіе перитифлитовъ Kümmel высказалъ и на 28-мъ и 30-мъ съѣздахъ нѣмецкихъ хирурговъ (въ 1899 г. и 1901 г.), гдѣ послѣ сообщенія Sonnenburg'a привѣтствовалъ переходъ его въ консервативный лагерь. Къ послѣднему году его наблюденія обнимали уже 1042 случаевъ перитифлита, изъ которыхъ операція произведена въ 249 случаяхъ рецидивирующаго перитифлита съ 4 смертными исходами; изъ 57 чел., оперированныхъ въ острожъ періодѣ, умерло 27 чел., тогда какъ изъ 739 неоперированныхъ больныхъ умерло только 17 чел.

За *ипрокое и раннее* оперативное вмѣшательство изъ современныхъ нѣмецкихъ хирурговъ высказываются Rehn [1]), Riedel [2]), Rose [3]), Sprengel [4]), Riese [5]), Klemm [6]), Lanz [7]) и др. Первый изъ нихъ придерживается даже болѣе радикальныхъ взглядовъ, чѣмъ Sonnenburg въ прежнее время. Такъ напр. Sonnenburg считалъ однимъ изъ главныхъ препятствій къ раннимъ операціямъ рискъ вскрытія и зараженія свободной брюшной полости, находящейся въ стадіи раздраженія и тѣмъ весьма склонной къ инфекціи, Rehn же не видитъ въ этомъ риска и смѣло вскрываетъ при раннихъ операціяхъ свободную брюшную полость, не получая, будто бы, ни разу ея зараженія. На безопасность вскрытія

[1]) Rehn. Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie, XXVIII. Congress zu Berlin. 1899.

— Die chirurgische Behandlung d. acuten Appendicitis. — XXX Congr. 1901.— Arch. f. klin. Chir. 64. Bd. 1901.

[2]) Riedel. Ueber Frühoperation bei Appendicitis—70. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte. 19—24 Sept. 1898 u. Verhandl. d. deut. Gesellsch. f. Chir. XXX Congr. 1901.

— Ueber die sog. Frühoperation bei Appendicitis purulenta resp. gangraenosa— Berl. klin. Wochensch. № 33 u. 34. 1899.

[3]) Riese. Leitfäge zur Behandlung der acuten Appendicitis. — Verhand. d. deutsch. Gesellsch. f. Chir. XXX Congr. 1901.

[4]) Klemm P. Ueber die chronische Form der Appendix—Erkrankung.—St. Petersburger med. Wochenschrift № 46. 1900.

[5]) Lanz. Die Indicationen zur operativen Behandlung der Perityphlitis.—Schweizer Correspondenzbl. 1901.

[6]) Rose E.—Verhandl. d. deutsch. Gesellsch. f. Chir. XXVIII Cong. Berlin 1899.

— Die offene Behandlung der Bauchhöhle bei der Entzündung des Wurmfortsatzes.

— Zeitchrift für Chir. Bd. 57—59. 1901.

[7]) Sprengel. Verhandl. d. deutsch. Gesellschaft f. Chir. XXVIII. Congress zu Berlin. 1899 u. XXX Congr. 1901.— Arch. für klin. Chir. 64 Bd. 1901.

свободной брюшной полости Rehn настойчиво указываетъ, а также на легкость удаленія червеобразнаго отростка. «Wenn wir die mehr oder minder diffuse Peritonitis immer mit steigendem Erfolg bekämpfen, so müssen wir doch gewiss einer umschriebenen Eiterung mit einer ganz andern Zuversicht entgegentreten und sie sammt ihre Quelle, dem Appendix eliminiren». Такое увѣреніе въ безопасностяхъ раннихъ операцій удивляетъ даже Sonnenburg'а, который объясняетъ прекрасные результаты Rehn'а его прекрасной техникой.

Riedel горячій приверженецъ «раннихъ операцій» при гнойныхъ аппендицитахъ. «Острое появляющаяся опухоль при лихорадкѣ и ускоренномъ пульсѣ всегда есть показаніе къ операціи». Преимущества ранней операціи слѣдующія: разрѣзъ малый, ибо опухоль мала; подлежащіе органы легко распознаются; количество гноя еще незначительно, что позволяетъ вычистить гнойникъ и зашить брюшную стѣнку, оставивъ минимальное отверстіе для тампона въ 2 полоски марли; грыжи при этомъ не развиваются и, наконецъ, вся операція въ такихъ случаяхъ легка и проста». Считая же дифференціальный діагнозъ между «гнойной» и «негнойной» формой перитифлита весьма труднымъ, Reidel въ послѣднихъ своихъ работахъ [1]) настаиваетъ на раннемъ оперативномъ вмѣшательствѣ почти во *всѣхъ* случаяхъ заболѣванія червеобразнаго отростка, исключая развѣ самыхъ легчайшихъ формъ.

A. Lanz требуетъ операціи въ теченіе первыхъ 24 часовъ отъ начала болѣзни, если же прошло 1—2 дня, то слѣдуетъ выждать, пока минуетъ припадокъ; ждать даже въ томъ случаѣ, если образуется эксудатъ и здѣсь ограничиться простымъ вскрытіемъ гнойника. Какъ только пройдетъ припадокъ, необходимо во что бы то ни стало убѣдить на операцію.

Послѣдняго же требованія съ непремѣнною цѣлью удалить червеобразный отростокъ придерживаются также Berndt [2]) и Klemm, даже въ самыхъ легкихъ случаяхъ.

Къ приверженцамъ раннихъ операцій принадлежитъ также проф. Helferich [3]). При *перитонитахъ*, по его мнѣнію, операція должна быть немедленная, «*какъ при ущемленныхъ грыжахъ, днемъ и ночью*». Болѣе раннее оперативное вмѣшательство, по его мнѣнію, можетъ остановить распространеніе инфекціознаго процесса по всей брюшной полости, чего нельзя предупредить выжиданіемъ..., а при распространеніи воспаленія труднѣе бороться съ нимъ... «Warum erst die hellen Flammen aufloderu lassen, wenn es möglich ist den glimmernden Funken vorher schon unschädlich zu machen?» Что же касается времени операціи при острыхъ перитифлитахъ съ ограниченнымъ фокусомъ, то Helferich не высказывается такъ ясно: если онъ и склоненъ къ раннимъ операціямъ, то требуетъ, чтобы каждый случай былъ индивидуализированъ и вначалѣ, (въ теченіе 2—3 дней) подвергся выжидательному леченію. Во всякомъ же случаѣ онъ полагаетъ, что ранняя операція въ нѣкоторыхъ случаяхъ безусловно показана, а въ сомнительныхъ случаяхъ лучше сказать «можетъ быть больной поправился бы и безъ операціи»—чѣмъ сказать, «что операція спасла бы больного».

Остальное громадное большинство нѣмецкихъ авторовъ подобно вышеприведеннымъ Sonnenburg'у и Kümmel'ю придерживается болѣе или менѣе *консервативнаго* направленія въ леченіи перитифлитовъ, стоя уже не за *ранневременное* (frühzeitige), а за *своевременное* (rechtzeitige) оперативное вмѣшательство.

Такъ напр., Lennander [1]) хотя и стоитъ за ранневременныя операціи, но понимаетъ ихъ въ особомъ смыслѣ. Такъ, онъ считаетъ подлежащими исключительно терапевтическому леченію всѣ случаи аппендикулярныхъ колитъ и всѣ острые катарральные и язвенные процессы, ограничивающіеся только стѣнками червеобразнаго отростка (Appendicite parietale—Talamon'а), а также серозно-фибринозные или просто фибринозные перитониты. Подлежатъ же операціи тѣ случаи, гдѣ ожидается прободеніе или гангрена червеобразнаго отростка, острые диффузные перитониты и внутрибрюшинные гнойники. Время операціи опредѣляется теченіемъ болѣзни: если перитифлитъ, несмотря на опій, течетъ атипично, t^0 въ теченіе извѣстнаго времени не спадаетъ, а если и спадаетъ, но остается частый пульсъ, раздраженіе брюшины держится, опухоль не уменьшается, то показано оперативное вмѣшательство, а также при слишкомъ медленномъ улучшеніи или при обострѣніи въ періодѣ улучшенія.

[1]) Riedel. Vorbedingung und letzte Ursachen des plötzlichen Anfalles von Wurmfortsatzentzündung.—Arch. f. klin. Chir. 66 Bd. 1900.
— Die zweizeitige Operation bei Appendicitis purulenta und gangränosa Ibidem.
[2]) Berndt F. Ueber Epityphlitis und den gegenwärtigen Stand ihrer Behandlung.—Münch. med. Wochenschrift. №№ 6—7. 1901.
[3]) Helferich, H. Die Pathologie und Therapie der Typhlitiden—Verkandl. des XIII Congress für innere Medicin zu München. 1895.

[1]) Lennander. Ueber Appendicitis und ihre Complication vom chir. Standpunct aus beurteilt.—Volkmann's Sammlung klin. Vorte. № 75. 1892.—Ueber Appendicitis nebst einem Bericht über 68 Fälle.—Beiträge zur klin. Med. und Chir. Heft 2. 1895.

Весьма умѣренныя требованія ставитъ также Siegel [1]). Такъ онъ не отрицаетъ существованія typhlitis stercoralis, а аппендициты раздѣляетъ на *негнойные* и *гнойные*; только послѣдніе и требуютъ оперативнаго леченія, да и только тогда, когда послѣ нѣсколькихъ дней выжидательнаго леченія не наступаетъ улучшенія.

Наиболѣе полно и точно ставитъ показанія къ операціямъ перитифлита терапевтъ проф. Sahli [2]) въ Бернѣ.

Въ противоположность Roux и др., Sahli не признаетъ typhlitis stercoralis, а считаетъ, что во всѣхъ случаяхъ исходная точка есть червеобразный отростокъ и твердо убѣжденъ, что перитифлиты всегда представляютъ собою *гнойное* воспаленіе и что во всѣхъ типичныхъ случаяхъ въ центрѣ опухоли имѣется *гнойный очагъ*: или это самъ червеобразный отростокъ, превратившійся въ *гнойный* мѣшокъ, или же нагноеніе перешло отъ него въ сопредѣльныя части путемъ прободенія, или безъ него, но чаще съ прободеніемъ.

Признавая *гнойную* природу перитифлитовъ Sahli, однако, далеко не думаетъ, что здѣсь у мѣста принципъ ubi pus, ibi evacua, ибо гной можетъ или безъ слѣда разсосаться или совершенно безъ вреда опорожниться въ кишечникъ. Если при соотвѣтствующемъ леченіи (покой, діэта, ледъ, опій) въ теченіе *первыхъ 3 дней* наступаетъ замѣтное улучшеніе, то съ операціей можно обождать до 8 дней. Если же послѣ 8 дней явленія будутъ стихать, то отъ операціи можно отказаться совершенно, предполагая, конечно, что не наступитъ ухудшенія, иначе надо оперировать.

По клиническому теченію случаи перитифлита, подлежащіе оперативному вмѣшательству, Sahli подраздѣляетъ на слѣдующія группы:

1) *Бурные случаи.*—Смотря по тяжести явленій операція показана тотчасъ же, или черезъ 24 часа, выждавъ дѣйствія терапевтическаго леченія.

2) Случаи, начинающіеся не бурно и, повидимому, не тяжелые, но не улучшающіеся въ вышесказанные сроки отъ терапевтическаго леченія.

3) Случаи, которые протекаютъ и не бурно и не прогрессивно, но обнаруживаютъ извѣстную вирулентность появленіемъ частыхъ и тяжелыхъ рецидивовъ.

[1]) Siegel. Mitt. a. Grenzgb. d. Med. u. Chir. I. Bd., 2. H. 1897.

[2]) Sahli. Ueber das Wesen und die Behandlung der Perityphlitiden.—Correspondenzblatt für schweizer Aerzte № 19. 1892.—Ueber Pathologie und Therapie der Typhlitiden.—Verhandl. des XIII. Congresses für innere Medicin zu München. 1895

4) Случаи, гдѣ присутствіе гнойника опредѣляется физическимъ изслѣдованіемъ (зибленіемъ), подлежатъ немедленной операціи.

Sahli не отрицаетъ пользы пробныхъ пункцій, хотя лично для себя считаетъ ихъ излишними, такъ какъ гной, по его убѣжденію, имѣется во всѣхъ случаяхъ, но онъ видитъ въ нихъ *дидактическое средство*, которое показываетъ больнымъ необходимость операцій.

Что касается ампутаціи червеобразнаго отростка, то Sahli считаетъ ее нужной, когда она легко выполнима.

Сопоставляя свои показанія къ операціямъ съ показаніями (прежними) проф. Roux и др, Sahli считаетъ свои болѣе широкими и, въ противоположность выраженію Roux «*expectation sans armes*», употребляетъ выраженіе (какъ отголосокъ современнаго милитаристическаго настроенія) «bewaffneten Frieden», «ein jeden Augenblick actionbereites beobachtendes Zuwarten».

Противъ «раннихъ операцій», какъ общаго метода, возражаетъ также Nothnagel [1]), говоря: «Радикальное хирургическое леченіе склерокилита и перитифлита нельзя выставить какъ общее правило для каждаго случая и въ каждый моментъ. Леченіе какъ въ началѣ, такъ въ большинствѣ случаевъ и въ дальнѣйшемъ теченіи, должно производиться по основнымъ правиламъ врачеванія».

Показанія къ операціямъ онъ ставитъ слѣдующія:

1. Операція безотлагательна во всѣхъ случаяхъ, гдѣ *перитифлитическій гнойникъ* обнаруживается *зибленіемъ*.

II. Во всѣхъ случаяхъ, гдѣ врачъ констатируетъ уже *развившійся диффузный перитонитъ*, операція показана немедленно.

III. Немедленно показано оперативное вмѣшательство въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ развиваются явленія *кишечной непроходимости* всѣдствіе механическихъ причинъ.

IV. Въ остальныхъ повседневныхъ острыхъ случаяхъ склерокондита и перитифлита операція показана въ соотношеніи съ *температурой, пульсомъ, болью и ростомъ воспалительной опухоли*, а именно: очень высокая начальная *температура* даже съ ознобами еще не указываетъ на неизбѣжность операціи, но если необыкновенно высокая t^0, т. е., въ 39,5° и выше, держится еще на 4-й день, то необходимо оперировать (такъ какъ здѣсь надо предпола-

[1]) Nothnagel. Die Erkrankungen des Darmes und des Peritoneum.—III Th. p. 909. Wien. 1898.

гать очень большую вирулентность болѣзнетворнаго яда и быстрое развитіе процесса). Чѣмъ же дальше отъ начала болѣзни, тѣмъ болѣе низкія t^0 служатъ указаніемъ на необходимость операціи, такъ при t^0 въ $39{,}0^0$ на 6-ой день болѣзни дальнѣйшее выжиданіе опасно. Если же температура равномѣрно понижается и нѣтъ другихъ неблагопріятныхъ явленій, то можно выждать еще дальше. Каждое же поднятіе t^0 въ теченіе болѣе 24 часовъ требуетъ оперативнаго вмѣшательства. Однако и при невысокой t^0, но при другихъ признакахъ развитія гнойника показана операція. Особенную важность имѣетъ *пульсъ. Очень частый* пульсъ указываетъ на необходимость активнаго вмѣшательства. Какъ предѣльную частоту пульса, надо принять 120 ударовъ въ минуту. Если частота пульса держится выше этой границы болѣе сутокъ, то слѣдуетъ приступить къ операціи. Менѣе значенія, чѣмъ температура и пульсъ, имѣютъ *боли*, такъ какъ онѣ относятся больше къ субъективнымъ признакамъ. Во всякомъ же случаѣ, продолжительныя очень сильныя боли, произвольныя и при давленіи, служатъ указаніемъ на болѣе быстрое нагноеніе, требующее оперативнаго вмѣшательства. Наконецъ, ростъ *воспалительной опухоли*. Если опухоль по прошествіи нѣсколькихъ дней продолжаетъ расти, то это указываетъ на болѣе значительное нагноеніе и поэтому показана операція, даже если t^0 остается низкой.

V. Въ межгипадковомъ періодѣ при строгихъ къ тому показаніяхъ.

Herzog[1]) и Herz[2]) высказываются за строго проведенное выжидательное леченіе. Операція бываетъ показана только въ рѣдкихъ случаяхъ. Первый изъ нихъ не признаетъ присутствія гноя во всѣхъ случаяхъ, и поэтому де и нечего стремиться ibi evacua; второй признаетъ typhlitis stercoralis, а для сомнительныхъ случаевъ допускаетъ пробную пункцію.

Весьма близко стоятъ къ показаніямъ терапевта проф. Sahli показанія хирурга проф. Rotter'a[3]).

Rotter весьма большое значеніе въ показаніяхъ къ операціямъ придаетъ состоянію температуры, по которой онъ дѣлитъ всѣ случаи заболѣваній червеобразнаго отростка на 5 группъ и для каждой группы ставитъ особыя показанія:

[1]) Herzog L.—Die Perityphlitis vom chirurgischen und internen Standpuncte beurtheilt.—Deutsch. Zeitschr. für Chirurgie 46 Bd. 1897.
[2]) Herz H.—Zur Behandlung der Typhlitiden.—Therapeuthische Monatsheft. № 6. 1896.
[3]) Rotter. Ueber Perityphlitis.—Berlin. 1896.

1-я группа обнимаетъ тѣ случаи, которые начинаются высокой температурой, иногда до 40^0 и выше и иногда съ ознобами, а на 3-й—4-й день обнаруживаютъ тенденцію къ паденію t^0 и къ 5-му—6-му дню протекаютъ уже безъ лихорадки. Всѣ эти случаи оканчиваются вполнѣ благополучно при терапевтическомъ леченіи.

Ко *2-й группѣ* относятся случаи съ лихорадкой, держащейся болѣе продолжительно, но остающейся умѣренной, не достигая до $39{,}0^0$. Общее состояніе при этомъ хорошее и животъ, кромѣ мѣста резистенціи, мягокъ и безболѣненъ. Въ такихъ случаяхъ перитифлитическій фокусъ не имѣетъ склонности увеличиваться и нѣтъ поэтому опасности общаго перитонита. Здѣсь спокойно можно ожидать до 9-го или 10-го дня. Если t^0 не падаетъ, или же опухоль, не смотря на отсутствіе лихорадки, не уменьшается, а болѣзненность продолжаетъ держаться, то слѣдуетъ оперировать. Rotter въ сомнительныхъ случаяхъ прибѣгаетъ даже къ *пробнымъ* пункціямъ Праваецевскимъ шприцемъ съ длинною иглою.

3-я группа обнимаетъ случаи, начинающіеся или съ умѣренной или высокой t^0 и протекающіе или при равномѣрно высокой t^0, или же послѣ незначительныхъ ремиссій съ новымъ поднятіемъ t^0; отличительная же черта случаевъ этой группы та, что здѣсь спустя 5 дней отъ начала болѣзни встрѣчается еще t^0 выше $39{,}0^0$.—Въ этихъ случаяхъ, если t^0 спустя 3 дня отъ начала болѣзни, несмотря на терапевтическое леченіе, не спускается, или даже, наоборотъ, поднимается, или же послѣ незначительной ремиссіи на 5-й день достигаетъ 39^0 и выше—не слѣдуетъ медлить съ операціей.

При 4-й группѣ лихорадка имѣетъ ремиттирующій характеръ. Вначалѣ болѣзнь принимаетъ благопріятное теченіе, t^0 скоро падаетъ и нѣсколько дней протекаютъ безъ лихорадки, но затѣмъ опять начинается поднятіе t^0; возобновленіе лихорадки въ этихъ случаяхъ указываетъ на развитіе гнойника, который и долженъ быть вскрытъ. Если же этого не производится, то при отсутствіи тяжелыхъ осложненій t^0 можетъ опять опуститься до нормы, но послѣ нѣсколькихъ безлихорадочныхъ дней t^0 поднимется въ сопутствіи съ новыми осложненіями.

5-я группа обнимаетъ случаи съ диффузнымъ гнойнымъ перитонитомъ. Клинически диффузные гнойные перитониты отличаются отъ диффузнаго раздраженія брюшины болѣе тяжелымъ общимъ состояніемъ. Оперативное вмѣшательство въ этихъ случаяхъ, по Rotter'y, показано немедленно, но иногда при очень сильномъ коллапсѣ, во избѣжаніе опасности наркоза, предпочтительно выждать, пока об-

щее состояніе нѣсколько улучшится, или же сочетать общій наркозъ съ мѣстной анэстезіей по Schleich'y.

Renvers[1]), въ противоположность Sahli, признаетъ фибринозно-серозный и гнойный эксудатъ; при наличности второго показана операція, хотя Renvers и не отрицаетъ возможности самопроизвольнаго рассасыванія гнойника, но этотъ процессъ не всегда даетъ надежные результаты.

По клиническому теченію фибринозно-серозныя и гнойныя формы въ первые дни трудно отличимы, поэтому всегда необходимо выждать въ теченіе первыхъ дней образованія эксудата при покойномъ положеніи, діэтѣ и морфіи. Если въ теченіе 5 дней эксудатъ не уменьшается, t^0 поднимается и усиливаются боли въ области слѣпой кишки, то это указываетъ на образованіе гнойника, который и слѣдуетъ вскрыть.

При диффузныхъ перитонитахъ, по мнѣнію Renvers, оперативное вмѣшательство должно имѣть мѣсто въ теченіе первыхъ 24 часовъ, тогда оно даетъ наилучшіе результаты, послѣ же 24-хъ часовъ предпочтительнѣе терапевтическое леченіе.

Körte[2]), исходя изъ того положенія, что перитифлитическіе гнойники небольшихъ размѣровъ способны разсосаться, придерживается весьма консервативныхъ взглядовъ на леченіе перитифлитовъ. По его мнѣнію, большинство перитифлитовъ излечивается при терапевтическомъ леченіи (опій), операція же и указана въ тѣхъ случаяхъ, когда діагносцируется присутствіе гнойника, не подлежащаго разсасыванію. Противъ «раннихъ» операцій Körte возстаетъ и на томъ основаніи, что вначалѣ весьма трудно бываетъ опредѣлить, какое теченіе приметъ болѣзнь, а такъ какъ большинство случаевъ относится къ легкимъ, то при широкомъ примѣненіи «раннихъ» операцій пенибѣжно будутъ подвергаться имъ и случаи, протекающіе благополучно и безъ операціи. Въ сомнительныхъ случаяхъ Körte допускаетъ *пробную пункцію*. Ампутація червеобразнаго отростка въ остромъ періодѣ, по Körte, представляетъ большіе трудности и тѣ недостатки, что послѣ ней остаются

[1]) Renvers. Ueber Blinddarmerkrankung. — Arf. für klin. Chir. Bd. LX. Heft II. 1899.

— Verhandl. d. deutschen Gesellschaft für Chirurgie. XXVIII Congress zu Berlin. 1899.

— Die Behandlung der Perityphlitis.—Ther. d. Gegenw. 1899.

[2]) Körte.— Предисловіе къ статьѣ Borchardt'a «Verhandlung der deutschen Gesellschaft für Chirurgie.—XXVIII Congres. Berlin. 1892.

—Wann sollen wir bei Perityphlitis chirurgisch eingreifen.—Deutsche Aerzte Zeitung. № 2, 3. 1901.

свищи, по этому предпочтительно производить ее въ межприпадковомъ періодѣ. Общіе перитониты слѣдуетъ лечить оперативнымъ путемъ.

M. Borchardt[1]), ученикъ Körte, придерживается тѣхъ же показаній и развиваетъ ихъ болѣе точно:

При *легкихъ* случаяхъ: съ незначительными ухудшеніями общаго состоянія, невысокой t^0, небольшой опухолью и съ полнымъ отсутствіемъ воспаленія брюшины, леченіе выжидательное (опій).

При случаяхъ *средней тяжести*, начинающихся бурными явленіями: высокой t^0, ознобами, рвотой, вздутіемъ кишечника и т. п., операція показана, если черезъ 3—5 дней правильнаго терапевтическаго леченія не наступаетъ улучшенія. Показана операція также и въ тѣхъ случаяхъ, когда t^0 остается неповышенной, а опухоль увеличивается. При необычномъ положеніи гнойника слѣва или въ маломъ тазу распознаваніе его бываетъ затруднительно, такъ какъ въ области слѣпой кишки опухоль не прощупывается. Здѣсь могутъ служить указаніемъ на присутствіе гнойника разстройства мочеиспусканія при повышенной температурѣ, а также и изслѣдованіе per rectum. Borchardt также прибѣгаетъ въ сомнительныхъ случаяхъ къ пробному проколу.

Rydygier[2]), различая: I) катаральное воспаленіе червеобразнаго отростка безъ воспаленія брюшины, II) воспаленіе червеобразнаго отростка, осложненное ограниченнымъ воспаленіемъ брюшины и III—осложненное общимъ перитонитомъ, для первой группы признаетъ внутреннее леченіе, а въ случаѣ ухудшенія—оперативное вмѣшательство, для III-ьей оперативное вмѣшательство, а для II-ой въ случаяхъ съ несомнѣннымъ гнойникомъ безотлагательную операцію, въ случаяхъ же съ неяснымъ нарывомъ предпочитаетъ операцію.

Karewski[3]), разбирая вопросъ о перитифлитахъ у дѣтей и о показаніяхъ къ операціямъ, считаетъ, что показанія тѣ же, что и для взрослыхъ и высказывается не за раннія операціи, а за своевременныя (rechtzeitige), т. е. когда не наступаетъ быстраго улучшенія отъ терапевтическаго леченія. У дѣтей, между прочимъ,

[1]) Borchardt M.—Die Behandlung der Appendicitis.—Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie. II Bd. 3 u. 4 H. 1897.

— Die Behandlung der acuten Perityphlitis.—Deutsche Aerzte-Zeitung. 15 Juli u. 1 Aug. 1899.

[2]) Rydygier.—Przeglad lekarski 1899.

[3]) Karewski. Ueber Perityphlitis bei Kinder.— Münch. medic. Wochensch. p. 49. 1897.

общій перитонитъ наблюдается чаще, благодаря несвоевременному распознаванію перитифлита и неправильному леченію.

При рецидивирующей формѣ перитифлита, по Karewsk'ому, лучше оперировать во время припадка и затѣмъ спустя нѣсколько недѣль приступать къ удаленію червеобразнаго отростка.

Czerny [1]) придерживается также болѣе консервативнаго леченія перитифлита, только для диффузныхъ перитифлитовъ онъ считаетъ показаннымъ немедленную операцію, для ограниченныхъ же острыхъ процессовъ — терапевтическое, а если спустя извѣстный промежутокъ не наступаетъ улучшенія, то считаетъ показаннымъ оперативное вмѣшательство.

По мнѣнію Rosenberger'a [2]) большая часть больныхъ выздоравливаетъ и безъ операціи и остается безъ рецидивовъ.

A. Schmidt [3]) и Wette [4]) также рекомендуютъ выжидательное леченіе, приступая къ оперативному вмѣшательству лишь въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ спустя 3—8 дней не наступаетъ улучшенія.— Только при общихъ перитонитахъ необходимо оперировать немедленно съ послѣдовательной тампонадой брюшной полости.

Что касается взглядовъ *русскихъ врачей* на оперативное вмѣшательство при перитифлитахъ, то они *весьма умѣренны* и нѣтъ среди русскихъ врачей почти ни одного приверженца «американскаго» способа леченія съ раннимъ оперативнымъ вмѣшательствомъ при каждомъ случаѣ перитифлита. Правда, перитифлитъ со стороны русскихъ врачей привлекалъ весьма умѣренное вниманіе къ себѣ, и только въ послѣднее время стали появляться работы, указывающія на начинающееся у насъ систематическое изученіе названной болѣзни болѣе широкимъ врачебнымъ кругомъ. Русскихъ авторовъ, имѣющихъ за собою большой личный опытъ къ леченію перитифлитовъ, сравнительно съ иностранными, пока, весьма немного, большинство же изъ нихъ основываетъ свои выводы на немногихъ наблюденіяхъ, какъ это видно изъ публикуемыхъ ими работъ.

Изъ наиболѣе популярныхъ русскихъ авторовъ проф. А. А.

[1]) Czerny und Heddaeus. Beitrag zur Pathologie und Therapie der Wurmfortsatzentzündung.—Beiträge zur Klin. Chirurgie, XXI. Bd. 11. Heft. 1898.

[2]) Rosenberger J. A. Ueber chirurg. Eingriffe bei Blinddarmentzünd. etc. Würz. Abhand. aus d. Gesammtgeb. d. prakt. Med I. 7. 1901.

[3]) Schmidt. A. Ueber die Indicationen zur Operation der Appendicitis.—Münch. med. Wochenschr. № 12. 1900.

[4]) Wette. Ueber Appendicitis, unter besonderer Berücksichtigung der chirurgischen Indicationsstellung.—Arch. f. klin. Chir. Bd. 66. 1902.

Бобровъ, много писавшій о леченіи перитифлитовъ, придерживается весьма ограниченныхъ показаній къ оперативному вмѣшательству при заболѣваніяхъ червеобразнаго отростка. Такъ, изъ 300—400 наблюдавшихся [6]) имъ случаевъ перитифлита онъ оперировалъ только въ 126 случаяхъ и изъ нихъ въ значительномъ большинствѣ случаевъ операція произведена въ періодѣ затишья.— Въ остромъ же періодѣ А. А. Бобровъ весьма настаиваетъ, какъ мы видѣли выше, на очищеніи кишечника слабительными и клизмами, при постельномъ содержаніи и строгой діэтѣ и при мѣстномъ примѣненіи льда вначалѣ и тепла впослѣдствіи; если же спустя нѣсколько дней подобнаго леченія констатируются признаки нагноенія у слѣпой кишки—предполагаетъ оперативное вмѣшательство. Вообще же, А. А. Бобровъ предпочитаетъ операцію à froid, но не въ широкихъ размѣрахъ, а только въ случаяхъ, нисколько не поддающихся улучшенію отъ правильнаго режима и леченія.

На удаленіи червеобразнаго отростка Бобровъ не настаиваетъ, даже при *операціяхъ въ холодномъ періодѣ*, рекомендуя въ случаѣ, гдѣ червеобразный отростокъ трудно найти среди сращеній, «ограничиваться разрѣзомъ и выскабливаніемъ, при чемъ можетъ быть удаленъ разрыхленный распадающійся червеобразный отростокъ или нѣтъ. Впослѣдствіи образуется нагноеніе въ ранѣ, свободный выходъ отгуда продуктовъ инфекціоннаго начала и распада, а затѣмъ остатокъ червеобразнаго отростка легко можетъ облитерироваться, превратиться въ тяжъ соединительной ткани».

Изъ 70 оперированныхъ имъ случаевъ въ холодномъ періодѣ въ 14 случ. червеобразный отростокъ оставленъ неизсѣченнымъ и сдѣлано лишь выскабливаніе распада или разсѣченіе и дренированіе воспалительнаго инфильтрата.

Весьма рѣдки показанія къ операціи также по мнѣнію терапевтовъ Щербинскаго и Титова; такъ, Щербинскій [2]) выскавывается за выжидательное леченіе перитифлитовъ, считая операцію показаной только въ случаяхъ болѣе тяжелыхъ. Титовъ [3]) также полагаетъ, что хирургическое вмѣшательство при перитифлитахъ показано въ меньшинствѣ случаевъ, значительное же большинство острыхъ и хроническихъ случаевъ излечивается при терапевтическомъ леченіи.

[1]) VIII съѣздъ Русскихъ врачей въ память Пирогова въ 1902 г. въ Москвѣ.

[2]) Щербинскій В. Д. О діагностикѣ и леченіи воспаленія червеобразнаго отростка.—Клинческій Журналъ № 4. 1901.

[3]) Титовъ Н. Д. Къ вопросу о леченіи appendicit'a.—Клинческій Журналъ № 4 1901.

Показанія къ операціи выставлены имъ, однако, въ весьма смутномъ видѣ и допускаютъ самое широкое и произвольное толкованіе ихъ; такъ, онъ считаетъ хирургическое вмѣшательство показанными:

1) При бурныхъ явленіяхъ перфоративнаго перитонита.

2) При нагноеніи въ червеобразномъ отросткѣ и около него.

3) При гангренѣ червеобразнаго отростка.

4) При существованіи резистентности въ области слѣпой кишки безъ яснаго инфильтрата, безъ возможности ощупать червеобразный отростокъ, при тяжелыхъ общихъ симптомахъ: въ такихъ случаяхъ есть нагноеніе или вокругъ червеобразнаго отростка или въ немъ самомъ.

5) При частыхъ рецидивахъ болѣзни.

6) Послѣ перваго же приступа у субъектовъ съ туберкулезной или канкрозной наслѣдственностью, или происходящихъ изъ болѣзненной, недолговѣчной семьи.

7) Если послѣ 6—8 недѣль терапевтическаго леченія остается ясный инфильтратъ въ области слѣпой кишки.

Пункты 2, 4 и 6 допускаютъ самое широкое хирургическое вмѣшательство даже въ самыхъ легкихъ случаяхъ.

Предтеченскій, Минцъ, Шварцъ, В. Ф. Бобровъ, Зереницъ, Киселъ, Краснобаевъ и Сарычевъ въ Соединенномъ Засѣданіи Московскаго Хирургическаго и Терапевтическаго Обществъ 22-го и 28-го февраля 1901 г., по поводу докладовъ А. А. Боброва, В. Д. Шервинскаго и Н. Д. Титова почти единодушно высказались также за выжидательное леченіе перитифлитовъ.

Цеге-фонъ-Мантейфель [1]) считаетъ оперативное вмѣшательство показаннымъ въ рѣдкихъ случаяхъ, а «раннее» — ни въ одномъ. Такъ, различая три формы аппендицита, онъ даетъ слѣдующую схему леченія:

При *катаральной формѣ*: въ острой стадіи — *горячіе компрессы*, въ хронической — операція послѣ соотвѣтственнаго подготовительнаго леченія.

При *гнойной формѣ*—въ остромъ періодѣ горячіе компрессы, операція лишь съ цѣлью вскрытія гнойника.

[1]) Цеге-фонъ-Мантейфель. Аппендицитъ и его леченіе.—1-й Съѣздъ Россійскихъ Хирурговъ въ Москвѣ въ 1900 г.—Хирургія янв. 1902.

При *разлитомъ перитонитѣ* не слѣдуетъ оперировать, а лечить только горячими компрессами.

При *гангренозной формѣ* (септическомъ перитонитѣ) всякая терапевтическая мѣра позволительна, но вначалѣ можно рекомендовать горячіе компрессы, подъ вліяніемъ которыхъ иногда разлитой перитонитъ переходитъ въ ограниченный.

Цейдлеръ, придерживавшійся раньше [1]) взглядовъ болѣе широкаго и ранняго оперативнаго вмѣшательства въ леченіи перитифлитовъ, впослѣдствіи [2]) значительно ограничилъ показанія къ операціи въ остромъ періодѣ, считая «что въ доброй $^1/_2$ случаевъ наступаетъ произвольное полное излеченіе безъ операціи». Показана же операція, въ острому припадкѣ, только въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ нѣтъ наклонности къ всасыванію воспалительнаго инфильтрата и гноя и къ ограниченію нагноенія.

Кадьянъ [3]), въ общемъ придерживающійся тѣхъ же взглядовъ на леченіе ограниченныхъ перитифлитовъ, какъ оба предыдущіе автора, считаетъ, однако, въ противоположность мнѣнію Цеге-фонъ-Мантейфеля, оперативное вмѣшательство при общихъ перитонитахъ аппендикулярнаго происхожденія дающимъ лучшіе результаты, чѣмъ при другихъ формахъ перитонита.

Боровскій [4]), раздѣляя заболѣванія червеобразнаго отростка на 1) легкій или простой катарральный аппендицитъ, 2) аппендицитъ съ образованіемъ гнойника и 3) рецидивирующій аппендицитъ, считаетъ, что первая форма аппендицита излечивается безъ операціи, что же касается 2-ой, то при общемъ перитонитѣ, операція почти безполезна, при ограниченныхъ же гнойникахъ она показана, если спустя 4—6 дней отъ начала заболѣванія нѣтъ яснаго улучшенія и если въ глубинѣ держится инфильтратъ.

Праксинъ [5]), признавая форму regiappendicitis plastica безъ гноя и прободенія, считаетъ ее подлежащей терапевтическому леченію.

[1]) Цейдлеръ Г. Ф. Къ вопросу объ оперативномъ леченіи перитифлитовъ.— Больничная газета Боткина, № 41. 1892.

[2]) Цейдлеръ Г. Ф. О показаніяхъ къ оперативному вмѣшательству при перитифлитѣ.—Русскій врачъ № 1. 1902.

— Рѣчи на 1-мъ Съѣздѣ Россійскихъ Хирурговъ въ Москвѣ въ 1900 г.

[3]) Кадьянъ А. А. Рѣчи на 1-омъ Съѣздѣ Россійскихъ Хирурговъ въ Москвѣ въ 1900.

[4]) Боровскій П. О леченіи аппендицита.—Хирургія. Т. X. 1901.

— К этіологіи и леченіи appendicitis. — Военно-Медицинскій Журналъ № 1, 1897.

[5]) Рѣчи по поводу доклада А. А. Боброва на VII Съѣздѣ Русскихъ Врачей въ память Пирогова въ Казани въ 1899.

Черновъ [1]), Склифассовскій, Борнгаупть на 6-мъ Съѣздѣ Русскихъ врачей въ память Пирогова въ Кіевѣ въ 1897 году по поводу доклада А. А. Боброва, также высказались за выжидательное леченіе перитифлита.

За болѣе, да и то только сравнительно, широкое показаніе къ оперативному вмѣшательству высказываются нижеслѣдующіе авторы:

Березкинъ [2]) придерживается мнѣнія о необходимости болѣе широкаго примѣненія оперативнаго леченія, особенно для больныхъ изъ рабочаго класса.

Меерович [3]) даетъ показанія къ довольно широкому и раннему оперативному вмѣшательству, считая, что 1)—удаленіе червеобразнаго отростка въ періодѣ затишья *абсолютно не смертельно* и 2) хирургическое леченіе при какой бы то ни было формѣ аппендицита никогда повредить не можетъ, наоборотъ, всегда окажетъ только пользу. Въ виду этого онъ придерживается такого правила: если поступаетъ больной со свѣжимъ заболѣваніемъ, то по остротѣ припадковъ рѣшается вопросъ, сдѣлать ли операцію сейчасъ же, или же отложить до періода затишья. Если болѣзнь начинается очень остро, то операція предлагается немедленно, если же явленія не такъ остры, то кладется согрѣвающій компрессъ (а не ледъ), если же въ теченіе выжиданія болѣзненныя явленія обостряются, то немедленно предпринимается операція. Послѣ выздоровленія отъ вскрытія гнойника, больному все же предлагается коренная операція спустя 1—2 мѣсяца. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ Меерович оперировалъ спустя нѣсколько часовъ отъ начала болѣзни. Въ особенности широки его показанія при хроническихъ формахъ, при которыхъ имъ производились операціи въ случаяхъ, «гдѣ вся ненормальность отростка заключалась въ нѣсколько большей длинѣ, при относительно короткой брыжжейкѣ». Однако, такое отношеніе длины брыжжейки къ длинѣ червеобразнаго отростка, какъ мы видѣли на стр. 79—80, есть *нормальное явленіе* и только въ рѣдкихъ случаяхъ брыжжейка достигаетъ полнаго развитія въ длину и высоту соотвѣтственно длинѣ отростка.

[1]) Черновъ В. Е. Perityphlitis и paratyphlitis у дѣтей. -Медиц. Обозрѣніе, I. р. 943. 1898.

[2]) Березкинъ Ф. И. Пренія на 1-мъ и 2-омъ Съѣздахъ Россійскихъ Хирурговъ въ Москвѣ въ и 1901 г. 1900 г. и въ Соединенномъ Засѣданіи Московскихъ Терапевтическаго и Хирургическаго Обществъ 22 и 28 февр. 1901 г.

[3]) Меерович И. И. Пренія на 1-омъ Съѣздѣ Россійскихъ Хирурговъ въ Москвѣ въ 1900 г. и докладъ на 2-омъ Съѣздѣ въ 1901 г.—Русскій хир. Архивъ. 3 кн. 1902.

Дзюбинскій [1]), Воблый [1]) и Дуброво [1]) также высказываются за болѣе широкія показанія къ оперативному вмѣшательству.

Соболевскій [2]), исходя изъ того положенія, что различныя формы воспаленія червеобразнаго отростка представляютъ лишь разныя стадіи одной и той же болѣзни, требуетъ ранняго оперативнаго вмѣшательства, допуская выжидательное леченіе только при катарральной формѣ Образцова, т. е. формѣ безъ адгезиннаго ограниченнаго перитонита или при воспаленіи стѣнокъ червеобразнаго отростка съ однимъ лишь раздражненіемъ брюшины (форма Talamon'a). Въ общемъ же, нужно оперировать, если при наличности острыхъ явленій есть хотя бы только сопротивленіе въ правой подвздошной ямкѣ (простой катарральный аппендицитъ Sonnenburg'a), или при хроническомъ теченіи съ частыми возвратами аппендикулярныхъ коликъ.

Бенисовичъ [3]) высказывается за болѣе широкое оперативное вмѣшательство.

Орловскій [4]) настаиваетъ на непремѣнномъ удаленіи червеобразнаго отростка въ острому періодѣ.

Мининъ [5]) склоненъ также къ болѣе широкому и раннему хирургическому вмѣшательству, «даже въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ присутствіе гноя гадательно».

Изученіе обширной литературы, касающейся перитифлита по вопросамъ анатоміи червеобразнаго отростка, патологической анатоміи и бактеріологіи заболѣваній его и леченія ихъ терапевтически и хирургически и наше собственное наблюденіе у постели больныхъ, леченныхъ какъ оперативно, такъ и терапевтически, въ особенности послѣднее, а также личныя анатомическія, па-

[1]) Пренія по поводу доклада А. А. Боброва на VII Съѣздѣ Русскихъ Врачей въ память Пирогова въ Казани въ 1899.

[2]) Соболевскій В. Клиническія формы и хирургическое вмѣшательство при аппендицитѣ.—Военно-Медиц. Журналъ 1896.

[3]) Бенисовичъ Н. М. Къ вопросу о патогенезѣ и хирургическомъ леченіи перитифлита.—Южно-Русская Медицинская газета №№ 14 и 15. 1896.

[4]) Орловскій А. Къ вопросу объ аппендицитахъ.—Хирургія. Т. X, 1901.

[5]) Мининъ А. П. Два случая appendicitis.—Больничная газета № 27, 1897. — Изслѣдованіе червеобразнаго отростка.—Врачъ № 5 1899. — Аппендицитъ.—Хирургія. Т. X. 1901.

толого-анатомическія и бактеріологическія изслѣдованія привели насъ къ твердому убѣжденію, что въ *леченіи перитифлитовъ долженъ быть введенъ какъ методъ, единственно правильный,— какъ принято называть, выжидательно-консервативный методъ, но леченіе перитифлитовъ должно быть предоставлено хирургамъ, ибо эта болѣзнь есть хирургическая.*

Сопоставленіе консервативнаго метода съ хирургическимъ леченіемъ, на первый взглядъ, обнаруживаетъ явное противорѣчіе. Въ дѣйствительности же его нѣтъ. Мы противопоставляемъ выжидательно-консервативный методъ — исключительно оперативному методу, по которому червеобразный отростокъ, разъ онъ заболѣлъ, ее ipso долженъ быть удаленъ. Всѣ тѣ опасности и послѣствія оперативнаго вмѣшательства, о которыхъ мы скажемъ ниже, заставляютъ стремиться насъ воздержаться отъ него, сохранить червеобразный отростокъ, будь даже онъ и излишній органъ, но лишь бы онъ пришелъ къ нормальному или безвредному, или даже маловредному состоянію для организма; сохраняя же его, мы должны все время быть *на сторожѣ* и при грозящей опасности во время положить предѣлъ своимъ стремленіямъ къ консервативму.

Хирургическою же болѣзнью мы считаемъ заболѣваніе червеобразнаго отростка потому, что оно носитъ воспалительный, *гнойный* характеръ. Если даже принять, что далеко не во всѣхъ случаяхъ процессъ переходитъ въ нагноеніе, то во всякомъ случаѣ предшествующія ему состоянія есть воспалительныя и стоящія на переходѣ въ гнойныя. Совершающійся воспалительный процессъ, какъ бы онъ благополучно не заканчивался въ большинствѣ случаевъ, всегда несетъ съ собою благодаря мѣстнымъ условіямъ, серьезныя опасности для больного, могущія имѣть мѣсто внезапно или послѣ непродолжительныхъ предвѣстниковъ; не гарантируетъ отъ этихъ опасностей и безобидное, повидимому, начало и теченіе процесса. Кого же нѣсесобразнѣе поставить на стражѣ отъ грозящихъ опасностей? Хирургъ, повседневно имѣющій дѣло съ разнообразными воспалительными процессами въ разнообразныхъ органахъ, болѣе, чѣмъ терапевтъ, знакомъ съ ихъ характеромъ и съ ихъ отклоненіями въ сторону; его частыя въ настоящее время операціи въ полостяхъ, брюшной и грудной, болѣе, чѣмъ терапевта, ознакомили его съ функціями серозныхъ покроволъ, съ ихъ заболѣваніями и съ врачеваніемъ послѣднихъ. Брюшина, напримѣръ, уже не является для него объектомъ noli me tangere, и онъ повседневно имѣя возможность наблюдать за ея реакціей послѣ операцій, имѣетъ

болѣе шансовъ усмотрѣть грозящую опасность. Заболѣваніе червеобразнаго отростка влекутъ за собою воспаленіе брюшины. Какими большими шансами обладаетъ терапевтъ, чтобы предвидѣть, подмѣтить и по достоинству оцѣнить замѣченное заболѣваніе брюшины? Вѣдь никто же не скажетъ, что больной послѣ какой либо операціи въ брюшной полости, въ послѣопераціонномъ теченіи будетъ находиться подъ лучшимъ наблюденіемъ терапевта, чѣмъ хирурга.

Не надо только смотрѣть на хирурга, какъ на обладающаго лишь современными методами и правилами асептики и оперативной техникой. Если и въ прежнее время отъ хирурга требовалось общемедицинское образованіе, то въ настоящее время при оперативномъ вмѣшательствѣ при заболѣваніяхъ органовъ брюшной и грудной полости, хирургъ долженъ обладать не только основными знаніями терапевта, но по многимъ вопросамъ и основательнымъ и детальнымъ знакомствомъ съ функціями и патологіей внутреннихъ органовъ. Если полостныя операціи создали *пограничную* (Grenzgebiete), какъ бы *нейтральную область*, гдѣ терапевты и хирурги идутъ рука объ руку, то по вопросу о перитифлитахъ, пограничная линія цѣликомъ должна быть отодвинута въ пользу хирурговъ, и не хирургъ долженъ являться здѣсь консультантомъ терапевта, а наоборотъ, но только болѣе рѣдко. Мы измѣняемъ выраженіе Keen'a, что первое показаніе къ операціи аппендицита—позвать хирурга, на выраженіе: *первое назначеніе при перитифлитѣ—передать больного хирургу*. Этимъ выраженіемъ, конечно, мы не предрѣшаемъ вопроса объ операціи, но хотимъ дать понять, что своевременность назначенія операціи будетъ болѣе гарантирована. Намъ приходилось получать нѣсколькихъ больныхъ отъ терапевтовъ съ показаніями, по ихъ мнѣнію, къ оперативному вмѣшательству и, однако, дальнѣйшее наше наблюденіе за больными не только отодвигало это вмѣшательство, но и дѣлало его совершенно излишнимъ: гладкое и скорое выздоровленіе наступало и безъ него. Такимъ образомъ мы оказывались здѣсь даже болѣе консервативными, чѣмъ терапевты. Явленія, указывавшія, по ихъ мнѣнію, на своевременность оперативнаго леченія и безполезность терапевтическаго, были ими переоцѣнены.

Для сравненія по вопросу, кому должно принадлежать леченіе перитифлитовъ—терапевту или хирургу, можно провести аналогію между перитифлитами и, напримѣръ, другой хирургической болѣзнью—гонорройнымъ воспаленіемъ сустава. Если терапевты отстаиваютъ свое право на леченіе перитифлитовъ, основываясь на

связи заболѣваній червеобразнаго отростка съ заболѣваніями желудочно-кишечнаго тракта, то и при гонорройномъ воспаленіи суставовъ имѣется этіологическая связь съ гонорройнымъ уретритомъ, однако, первое никто не предоставляетъ леченію венерологовъ. При гонорройномъ воспаленіи суставовъ далеко не всегда требуется то или другое оперативное вмѣшательство, но хирургъ, наблюдая и леча въ этихъ случаяхъ болѣзнь съ самаго начала, болѣе своевременно усмотритъ необходимость его.

Предоставляя леченіе перитифлитовъ хирургамъ, мы, повторяемъ, *высказываемся рѣшительно противъ раннихъ операцій.*

Разсмотримъ, *какіе доводы* приводятся въ пользу ихъ.

Главнѣйшая цѣль раннихъ операцій есть *удаленіе червеобразнаго отростка*, который де наиболѣе легко и безопасно удается въ первыя стадіи болѣзни, когда нѣтъ значительныхъ сращеній. Удаленіе же червеобразнаго отростка весьма желательно по тому де соображенію, что, какъ бы благополучно не закончился первый припадокъ, измѣненный червеобразный отростокъ никогда не приходитъ въ нормальное состояніе, а наоборотъ болѣе подверженъ новымъ и новымъ заболѣваніямъ и притомъ болѣе тяжелымъ, чѣмъ въ первый разъ. Выздоровѣвшаго больного отъ перваго или вообще отъ даннаго приступа нельзя де считать излеченнымъ. Если больной не погибаетъ отъ перваго припадка, то онъ погибаетъ отъ второго, третьяго и т. д. Откладывать же удаленіе червеобразнаго отростка отъ одного до другого приступа тѣмъ нежелательно, что съ каждымъ слѣдующемъ приступомъ оно технически болѣе трудно, такъ какъ образуются новыя сращенія.

Страхъ за судьбу человѣка, имѣвшаго несчастье перенести заболѣваніе червеобразнаго отростка, основанъ, однако, не на дѣйствительныхъ фактахъ.

Породили этотъ страхъ съ одной стороны произведенныя изслѣдованія состоянія червеобразнаго отростка у людей, умершихъ отъ различныхъ болѣзней. Эти изслѣдованія показали, что червеобразный отростокъ очень часто оказывается измѣненнымъ, перенесшимъ тотъ или другой болѣзненный процессъ. Toft, какъ мы видѣли, нашелъ подобныя измѣненія въ $^1/_3$ изслѣдованныхъ имъ случаевъ. Такой громадный % заболѣваній червеобразнаго отростка сразу заставляетъ признать ихъ, благодаря ихъ частотѣ, — серьезными. Съ другой стороны наблюдающіеся случаи роковыхъ исходовъ разбираемыхъ заболѣваній производятъ сильное впечатлѣніе. Все

это вмѣстѣ взятое заставляетъ считать эту болѣзнь опасной, а стало быть и требующей радикальнаго леченія.

Но получающееся такимъ образомъ впечатлѣніе не соотвѣтствуетъ дѣйствительности.

Если заболѣванія червеобразнаго отростка встрѣчаются очень часто, чаще, чѣмъ оно проявляется клинически, то смертные исходы отъ нихъ не такъ часты, какъ надо было бы ожидать по первому впечатлѣнію. Такъ, напр., на 2114 вскрытій, произведенныхъ въ нашей больницѣ по женскому отдѣленію за 5-лѣтній періодъ (1895—1899), смерть отъ заболѣванія червеобразнаго отростка наблюдалась только въ 19 случаяхъ, т. е. всего въ 0,89 %. Въ Вѣнскомъ Патологическомъ Институтѣ за 27-лѣтній періодъ на 44940 вскрытій, смерть отъ перитифлита отмѣчена только 148 разъ, т. е. въ 0,3%, и эти цифры относятся еще къ тому времени (1870—1889), когда оперативное вмѣшательство было до крайности ограничено (Nothnagel). На 3969 вскрытій, произведенныхъ въ Бернскомъ Патологическомъ Институтѣ, на долю прободеній червеобразнаго отростка приходится только 27 чел., т. е. 0,7 всѣхъ смертныхъ случаевъ (Sahli). Въ Чешскомъ Патологическомъ Институтѣ въ Прагѣ за время 1883—1897 гг. на 11275 вскрытій смерть отъ перитифлита была только въ 61 случ. т. е. въ 0,5% (Vellner[1]).

Если изъ всѣхъ этихъ умершихъ $^1/_3$ имѣла заболѣваніе червеобразнаго отростка, то оно привело къ смерти, стало быть, только въ 1—1,5% [2]) изъ всего числа лицъ, имѣвшихъ заболѣваніе червеобразнаго отростка, цифра очень небольшая, чтобы побудить безотлогательно приступать къ радикальному леченію при первомъ діагнозѣ перитифлита. Поддавшись же впечатлѣнію страха и признавъ всю необходимость раннихъ операцій, пришлось бы подвергнуть имъ едва не треть человѣчества. Достиженіе этого идеала тѣмъ бо-

[1]) Vellner. Цит. по „Большичн. газетѣ". p. 598. 1897.

[2]) Въ главѣ о смертности мы приводили другія цифры, чѣмъ эта, но къ ней мы пришли путемъ тѣхъ же логическихъ посылокъ, которые приводятъ къ заключенію о необходимости раннихъ операцій. Между прочимъ, мы должны все же признать, что $^1/_4$ смертности, выводимый на основаніи клиническихъ наблюдаемыхъ случаевъ, стоитъ выше дѣйствительно. Вѣдь, дѣйствительно, многіе случаи заболѣванія червеобразнаго отростка ускользаютъ отъ наблюденія и тѣмъ повышаютъ % смертности наблюдаемыхъ случаевъ, въ которыхъ только, строго говоря, онъ и относится. Новѣйшія статистическія данныя показываютъ все меньшій и меньшій $^1/_4$ смертности перитифлитовъ, что, безспорно, объясняется и нѣкоторымъ рациональнымъ леченіемъ ихъ благодаря правильному распознаванію ихъ, но, съ другой стороны, безъ сомнѣнія, это правильное распознаваніе увело много новыхъ случаевъ, трегируемыхъ раньше подъ другими болѣзнями.

лѣе можно было бы ожидать, что бо́льшее и бо́льшее знакомство съ разбираемой болѣзнью больше и больше изощряетъ распознаваніе ея въ самыхъ разнообразныхъ и начальныхъ стадіяхъ.

Дѣйствительно ли, затѣмъ, разъ случившееся заболѣваніе червеобразнаго отростка превращаетъ обладателя его въ инвалида и кандидата на новыя заболѣванія—*рецидивы?*

Безспорно, тѣ или другія измѣненія въ строеніи, положеніи и отношеніи червеобразнаго отростка къ другимъ органамъ, вызванныя бывшимъ заболѣваніемъ могутъ создать новыя условія для его вторичнаго заболѣванія, но далеко не во всѣхъ случаяхъ. Многолѣтнія наблюденія клиницистовъ, какъ мы увидимъ ниже (см. стр. 566—568) показали, что только въ $^1/_5$ всѣхъ случаевъ наблюдаются рецидивы, въ остальныхъ же $^4/_5$ случаевъ, наступаетъ полное излеченіе. Изъ этой $^1/_5$ выздоравливающихъ неокончательно, однако, еще далеко не большая часть осуждена на роковой конецъ. Для каждаго же конкретнаго случая эти цифры служатъ намъ указаніемъ, что, отпуская больного, мы обязаны указать на вѣроятность возврата его болѣзни и должны дать всѣ соотвѣтствующія предписанія, предупреждающія возвратъ, и дать совѣтъ своевременнаго обращенія къ врачебной помощи. Для насъ же лично эти цифры должны говорить, что мы въ виду вѣроятности возврата, не должны по этой только причинѣ подвергнуть изъ 5 человѣкъ четверыхъ риску операціи, совершенно для нихъ не требовавшейся.

И дѣйствительно ли возвраты представляютъ столь опасные остатки болѣзни? Ниже въ спеціальной главѣ (см. стр 568—569) мы увидимъ многочисленныя статистическія данныя разныхъ авторовъ (Sonnenburg'a, Kümmel'я, Borchardt'a и др.), согласныя въ томъ, что напр. болѣе *тяжелъ* по своимъ патолого-анатомическимъ измѣненіямъ и клиническому теченію и *опасенъ* по исходамъ—*первый припадокъ*, къ нему близко подходитъ *второй*, а затѣмъ съ каждымъ слѣдующимъ припадкомъ и клиническое теченіе и исходы становятся болѣе благопріятными.

Интересно, что наиболѣе убѣдительныя данныя касательно этого пункта мы почерпнули изъ казуистическаго матеріала Sonnenburg'a, одного изъ представителей активныхъ и раннихъ операторовъ. Да и самъ Sonnenburg, въ числѣ другихъ раннихъ операторовъ, за послѣднее время при болѣе правильномъ освѣщеніи вопроса о рецидивахъ и при накопленіи соотвѣтствующаго матеріала значительно измѣнилъ свой первоначальный взглядъ касательно этого пункта.

Болѣе легкое теченіе послѣдовательныхъ припадковъ объясняется тѣмъ, что отъ предшествовавшихъ припадковъ остаются склейки вокругъ червеобразнаго отростка, которыя отграничиваютъ область отростка отъ остальной брюшной полости и такимъ образомъ защищаютъ послѣдною отъ инфекціи. Объясненіе это дано еще въ началѣ 80-хъ годовъ Mackenzie, и тогда на смертельные исходы послѣ нѣсколькихъ припадковъ смотрѣли, какъ на рѣдкое исключеніе; такъ, напр., Boldt[1]), приводя одинъ случай перитифлита, окончившійся смертельно, указываетъ на ту его рѣдкую особенность, что здѣсь произошло прободеніе, хотя больной имѣлъ раньше нѣсколько припадковъ. Дальнѣйшими изслѣдованіями это объясненіе подтверждено, и, напр., Karewski въ разстройствѣ мочеиспусканія при перитифлитѣ видитъ хорошій прогностическій признакъ, такъ какъ онъ, будто бы, указываетъ на прежде бывшій процессъ, протекшій, можетъ быть, незамѣтно, но оставившій послѣ себя въ области мочевого пузыря склейки, которыя должны быть извѣстной гарантіей противъ распространенія воспаленія по всей брюшной полости.

Причина же тому явленію, что наиболѣе подвержены рецидивамъ болѣе легкія формы заболѣваній червеобразнаго отростка, лежитъ въ томъ обстоятельствѣ, что при тяжелой формѣ наступаютъ столь значительныя измѣненія въ строеніи червеобразнаго отростка, что для вторичнаго заболѣванія не остается уже подходящихъ условій: червеобразный отростокъ или совершенно разрушается, или полость его запустѣваетъ на всемъ или на значительномъ протяженіи и т. п.

Принимая во вниманіе все сказанное относительно рецидивовъ, мы при обсужденіи каждаго конкретнаго случая, должны разсуждать такимъ образомъ: *если въ данномъ случаѣ наступило выздоровленіе безъ оперативнаго вмѣшательства, то чѣмъ тяжелѣе былъ припадокъ, тѣмъ большая вѣроятность, что онъ не повторится* и во всякомъ случаѣ существуетъ большая вѣроятность, основанная на многочисленныхъ наблюденіяхъ, что *съ благополучнымъ окончаніемъ перваго* (или вообще даннаго) *припадка миновала и наиболѣе ожидаемая опасность:* роковая развязка, конечно, можетъ разыграться и во второмъ, третьемъ и т. д. припадкѣ, но скорѣе было ожидать ее въ первомъ, а во всякомъ случаѣ далеко нельзя согласиться съ положеніемъ, выставляемымъ защитниками раннихъ операцій, что если не убиваетъ

[1]) Boldt H. J. Perforation of the vermiform appendix.—Med. Record. Sept. 14. 1889.

больного первый припадокъ, то убьетъ второй, третій и т., д. разъ червеобразный отростокъ не удаленъ.

Необходимость раннихъ операцій сторонники ихъ подкрѣпляютъ также ссылкой на почти полную ихъ *безопасность*.

Сказать это уже a priori нельзя. Эта операція есть лапаротомія и притомъ въ присутствіи гнойнаго фокуса. Какъ бы не былъ опытенъ хирургъ, какой бы высокой степени оперативной техникой онъ не обладалъ, производство лапаротоміи larga manu при сказанныхъ условіяхъ безнаказано не должно пройти. Лучшія доказательства тому приводятся самими сторонниками раннихъ операцій: по мѣрѣ накопленія опыта, они принуждены были сознаться, что эти операціи, какъ ни самоувѣренно и смѣло не приступали къ нимъ, оказались не столь безобидными. Sonnenburg, такъ долго отстаивавшій ранніе операціи и приводившій цифровыя доказательства ихъ безопасности, за послѣднее время долженъ былъ измѣнить свой взглядъ и даже въ преніяхъ по поводу его доклада возражалъ Rehn'y, оставшемуся на прежней точкѣ зрѣнія Sonnenburg'a, и объяснялъ прекрасные результаты Rehn'a—счастливо одаренной техникой. Вообще, всѣ сторонники раннихъ операцій требуютъ для производства ихъ большого опыта, хорошей технической подготовки оператора, умѣлой ассистенціи и безупречной обстановки, чѣмъ косвенно указываютъ на опасность операціи.

На *послѣдствія* же раннихъ операцій начали указывать и сами сторонники послѣднихъ. Такъ весьма характерно, что Sonnenburg, демонстративно прибавлявшій въ концѣ описанія почти каждаго оперированнаго имъ случая — «никакой грыжи» («kein Bauchbruch»)—на послѣднемъ конгрессѣ нѣмецкихъ хирурговъ уже указываетъ *на грыжи*, какъ на недостатокъ раннихъ операцій. Не предупреждаетъ ихъ и выработанный Sonnenburg'омъ его *Flankenschnitt*.

Грыжи, остающіяся послѣ операцій перитифлита, весьма серьезное послѣдствіе, устранить которое не всегда удается и повторной операціей — и одного этого послѣдствія вполнѣ достаточно, чтобы при оперативномъ вмѣшательствѣ руководствоваться строго обоснованными показаніями, а не преувеличеннымъ страхомъ передъ рецидивами. Правда, съ бо́льшимъ душевнымъ спокойствіемъ «отпустишь больного съ червеобразнымъ отросткомъ въ карманѣ жилетки, чѣмъ въ животѣ» (Roux), но это спокойствіе будетъ куплено чрезмѣрно высокой цѣной и перенесеніе червеобразнаго отростка, можетъ быть и совершенно безвреднаго, изъ живота въ карманъ оставитъ послѣ себя непоправимую брешь въ стѣнкѣ перваго.

На основаніи всего выше сказаннаго *мы рѣшительно высказываемся противъ такъ называемыхъ раннихъ операцій, какъ метода*. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ можетъ быть у мѣста не только ранняя, но и немедленная операція, а въ другихъ — теченіе болѣзни можетъ отодвинуть операцію на очень поздній срокъ.

При обсужденіи вопроса объ оперативномъ вмѣшательствѣ, о своевременности его, необходимо взвѣшивать не только наиболѣе важные клиническіе симптомы, каждый въ отдѣльности, но весь симптомокомплексъ. Каждый случай долженъ быть строго индивидуализированъ, и тѣ или другіе, выдающіеся въ данномъ случаѣ клиническіе симптомы должны быть сопоставлены съ другими; должно быть принято во вниманіе предшествовавшее теченіе болѣзни, его начало и т. п. Нарисовать общую картину, при которой показана операція, представляется поэтому труднымъ. Относительное значеніе имѣетъ также время операціи, которое стараются указать многіе клиницисты, какъ Sahli, Rotter и др. Напр. Sahli, придерживающійся выжидательнаго метода, считаетъ рѣшающимъ моментомъ, что касается оперативнаго вмѣшательства, время отъ 3-го до 8-го дня болѣзни; у Ronnenburg'a, приверженца раннихъ операцій, въ большинствѣ случаевъ операціи произведены въ теченіе 2-й недѣли, слѣдовательно, выходитъ, что болѣе активный хирургъ приступалъ къ операціямъ позднѣе установленныхъ консервативнымъ терапевтомъ показаній къ нимъ. Это противорѣчіе ясно указываетъ, что установленные сроки имѣютъ значеніе только общихъ схемъ, которые мало приложимы къ конкретнымъ случаямъ. Можно выжидать и болѣе 3 и 8 дней при тѣхъ или другихъ симптомахъ, указывающихъ каждый въ отдѣльности на дальнѣйшее распространеніе воспалительнаго процесса, но на ряду съ ними и при другихъ симптомахъ, указывающихъ, что распространеніе воспалительнаго процесса не переходитъ за опасныя границы, и дающихъ надежду, что процессъ скоро приметъ обратное теченіе, и стало быть, указывающихъ на отсутствіе необходимости въ оперативномъ вмѣшательствѣ. Съ другой стороны всѣ явленія могутъ настолько очевидно обнаруживать природу совершающагося процесса, что не требуется выжиданія 3-го или 8-го дня.

Затѣмъ выше перечисленные предначертанные различными авторами сроки имѣютъ еще тотъ громадный недостатокъ, что они

могутъ быть приложимы, да и то относительно, только къ случаямъ, наблюдаемымъ съ перваго момента заболѣванія. Между тѣмъ, часто приходится видѣть больного, особенно въ больничной и бѣдной частной практикѣ, въ первый разъ только спустя нѣсколькихъ дней отъ начала болѣзни. Отъ какого дня тогда отсчитывать сроки? Здѣсь то именно имѣютъ всю силу требованія зоркаго выжиданія, хотя съ другой стороны здѣсь же часто встрѣчаются случаи съ настолько уже выраженной картиной болѣзни, какъ напр., дифузнаго перитонита, флюктуирующей опухоли и т. п., что для колебанія не остается мѣста. Въ другихъ же случаяхъ сказанные сроки теряютъ всякое, даже относительное значеніе и случай третируется сообразно его особенностямъ.

Изъ симптомовъ, сопровождающихъ заболѣваніе червеобразнаго отростка, на которые слѣдуетъ обращать вниманіе при сужденіи *о тяжести случая и о времени операціи*, главнѣйшіе слѣдующіе:

Общее состояніе больного, его самочувствіе, общій habitus и выраженіе лица. — Часто болѣзнь начинается очень бурными явленіями, высокой t°, частой рвотой, ознобами и т. д., но при этомъ общее состояніе остается не плохимъ при подавленномъ даже въ силу бурныхъ припадковъ самочувствіи; выраженіе лица весьма близко къ такъ называемому facies abdominalis, но оно все же не достигаетъ его полной картины: лицо становится блѣднымъ, глаза впалыми, носъ выдающимся, черты лица выражаютъ испугъ и т. п., но все это продолжается кратковременно, во время приступовъ болей, внѣ же ихъ можно уловить наступающую замѣтную перемѣну, а черезъ день, другой послѣ соотвѣтствующаго леченія въ благопріятныхъ случаяхъ картина рѣзко мѣняется. Болѣе и болѣе развивающее же постоянное *facies abdominalis* служитъ указаніемъ на дальнѣйшее развитіе процесса, даже если бурныя явленія стихаютъ; то же самое относится и къ подавленному самочувствію и и безучастному отношенію: наступающее отравленіе организма токсинами можетъ понизить реакцію организма, проявляющуюся въ другихъ симптомахъ, но въ тоже время оно дѣйствуетъ угнетающе на психическую сторону. Слѣды піаноза, присоединяющіеся къ facies abdominalis особенно неблагопріятное явленіе, указывающее на жестокое пораженіе брюшины.

Состояніе языка имѣетъ общее патогномоническое значеніе

Сухость его указываетъ на тяжесть болѣзни, начинающееся же увлажненіе его знаменуетъ поворотъ на улучшеніе.

Рвота первый отголосокъ пораженія брюшины инфекціей. Если она упорно продолжается, не смотря на принятое леченіе, то это указываетъ, что или процессъ распространяется на новыя и новыя области брюшной полости, или уже захватилъ всю брюшную полость. При ограниченномъ процессѣ рвота обыкновенно скоро прекращается, если же она возобновляется или впервые появляется въ теченіе болѣзни, особенно когда не было нарушенія діэты, то это указываетъ на обострніе процесса. Кратковременная же рвота въ теченіе болѣзни послѣ какихъ-либо погрѣшностей въ діэтѣ большого значенія не имѣетъ.

Болѣзненность живота и напряженіе брюшныхъ стѣнокъ въ первые дни не имѣетъ большого значенія, если же эти явленія продолжаютъ держаться спустя 2 — 3 дня, нисколько не уменьшаясь въ своей интенсивности, то они являются серьезнымъ предостереженіемъ.

Опухоль вначалѣ при сильной напряженности брюшныхъ стѣнокъ совершенно не опредѣляется. Увеличеніе ея въ первый періодъ болѣзни по ослабленіи брюшныхъ стѣнокъ не всегда можетъ возбудить тревогу. Реактивная зона вокругъ фокуса можетъ распространиться и тѣмъ увеличивать размѣры опухоли, но она можетъ служить даже лучшей преградой къ дальнѣйшему распространенію инфекціи; скопленія каловыхъ массъ въ паретическихъ кишкахъ также увеличиваютъ прощупываемую опухоль. Но увеличеніе опухоли въ связи съ неуменьшающеюся или даже съ увеличивающеюся болѣзненностью и напряженіемъ брюшныхъ стѣнокъ есть признакъ нарастающаго нагноенія, требующаго активнаго вмѣшательства; обыкновенно въ такихъ случаяхъ имѣется также поднятіе t° и ускореніе пульса.

Вздутіе живота, отхожденіе вѣтровъ и стула при перитифлитахъ, при отсутствіи общаго перитонита имѣютъ относительное значеніе. Если задержка стула и вѣтровъ и вздутіе живота достигаютъ значительной степени, указывающей на кишечную непроходимость вслѣдствіе механическаго вліянія перитифлитической опухоли, то, конечно, показана немедленная операція. Такія осложненія, однако, весьма рѣдки.

Дыханіе вначалѣ болѣзни весьма часто бываетъ реберный характера и учащенное. Переходъ его къ нормальному типу указываетъ на благопріятное теченіе, если же оно продолжаетъ оста-

ваться реберным и ускоренным, то, на ряду съ другими соотвѣтствующими признаками, оно заставляетъ думать о своевременности оперативнаго вмѣшательства.

Температурѣ большинствомъ клиницистовъ въ вопросѣ объ операціи придается большое значеніе. Rotter, напр., по одной только температурѣ распредѣлилъ перитифлиты на особыя группы, съ особыми для каждой группы показаніями къ оперативному вмѣшательству. Дѣйствительно, температура есть одинъ изъ важнѣйшихъ прогностическихъ признаковъ, но далеко не рѣшающихъ.

Какъ указано выше, температура при перитифлитахъ рѣдко поднимается на значительную высоту въ предѣлахъ $39^0 - 40^0$. Начальная очень высокая t^0 не всегда указываетъ на тяжесть развивающагося процесса. На ряду же съ другими симптомами высокая t^0 въ началѣ, конечно, имѣетъ большое значеніе, указывая на вирулентность инфекціи.

Бо́льшее значеніе, чѣмъ высота t^0, имѣетъ ея движеніе въ теченіе болѣзни. Высокая t^0 вначалѣ, быстро или постепенно опускающаяся въ первые дни болѣзни указываетъ на обратный, быстрый или постепенный, ходъ процесса; температура же, продолжающаяся держаться на той же высотѣ, или весьма медленно опускающаяся, или дающая колебанія, а тѣмъ болѣе все поднимающаяся выше, указываетъ, что воспалительный процессъ продолжаетъ развиваться дальше и захватывать новыя области. Также поднятіе t^0 послѣ болѣе или менѣе продолжительнаго періода апирексіи является вмѣстѣ съ обострені́емъ процесса. Не всегда, однако, продолжающаяся держаться повышенная температура указываетъ на замѣтный ростъ нагноенія и на необходимость оперативнаго вмѣшательства. Намъ приходилось проводить случаи выжидательно при повышеніи t^0 въ теченіе болѣе 2-хъ недѣль (напр., случаи №№ 61 и 66), но полное отсутствіе другихъ соотвѣтствующихъ признаковъ заставляло насъ воздерживаться отъ оперативнаго вмѣшательства. Съ другой стороны перитифлитическіе гнойники могутъ развиваться при едва повышенной температурѣ или даже понижающейся t^0, какъ о томъ указывалось подробно въ стр. 261—265.

Все сказанное заставляетъ признать за *температурой большое значеніе для показаній къ оперативному вмѣшательству только совмѣстно съ другими признаками.*

Гораздо бо́льшее значеніе, чѣмъ температура, для показанія къ операціи и въ прогностическомъ отношеніи имѣетъ *состояніе пульса.* Бо́льшее или меньшее *учащеніе* пульса находится въ прямомъ отношеніи къ развитію и распространенію воспалительнаго процесса. Если частота пульса поднимается *до 120* и больше, то является необходимость въ оперативномъ вмѣшательствѣ. Паденіе частоты пульса, наоборотъ, знаменуетъ благополучное окончаніе болѣзни.

Одно само по себѣ состояніе пульса имѣетъ громадное значеніе, но еще бо́льшее значеніе *съ одновременнымъ состояніемъ температуры*, на что указано впервые американцами (Elliot [1], Mynter [2] и др.) и подтверждено всѣми клиницистами. *Несовпаденіе частоты пульса съ высотой температуры* является грознымъ предостереженіемъ. Это несовпаденіе наблюдается именно при самыхъ жестокихъ диффузныхъ перетонитахъ и объясняется наступающей интоксикаціей организма септическими продуктами, пагубно дѣйствующими на сердечную дѣятельность. См. стр. 246—751.

Кратковременное учащеніе пульса даже больше 120 ударовъ, конечно, не имѣетъ большого значенія; вначалѣ оно можетъ обусловливаться извѣстнымъ шокомъ, который вызывается приступомъ и даже психической возбужденностью больного, въ такихъ случаяхъ несмотря на начальную очень высокую частоту пульса даже при несоотвѣтствіи ея съ высотой t^0, процессъ можетъ имѣть весьма доброкачественный характеръ и закончиться въ короткій срокъ. Какъ образчики тому, мы можемъ привести кривыя случая № 26 тер., гдѣ пульсъ благодаря коллапсу больной имѣлъ 140 ударовъ въ минуту, но очень быстро сталъ становиться рѣже и дошелъ до нормальнаго отношенія къ температурѣ при выздоровленіи въ $2^1/_2$ недѣли. Въ случаѣ № 46 тер. начальный пульсъ также былъ 120 уд., но держался на этой высотѣ одни сутки, дойдя вмѣстѣ съ t^0 черезъ 2 сутокъ до нормы, при выздоровленіи черезъ недѣлю. Въ случ. № 47 тер. пульсъ также поднялся въ началѣ до 120 уд., но затѣмъ быстро спустился къ нормѣ.

Также не имѣетъ существеннаго значенія кратковременное учащеніе пульса въ теченіе болѣзни даже при не совпаденіи съ высотой температуры, ибо оно можетъ обусловливаться какими либо посторонними причинами. Примѣръ тому даетъ намъ крипая случа № 12 тер., гдѣ частота пульса вначалѣ была значительная, достигающая 130 ударовъ въ минуту, затѣмъ она стала уменьшаться и все время болѣзни находилась въ полномъ соотношеніи съ высотой t^0, какъ за 3 дня до выписки больной быстро

[1] Elliot. H.—Boston med. and surg. Journ. May. 1892.
[2] Mynter.—Annals of Surgery, Febr. 1893.

поднялось до 112 ударовъ при нормальной t^0, но также быстро и упала до нормы.

Изъ изложенія клиническихъ явленій мы видимъ, что *кардинальными изъ нихъ въ показаніяхъ къ оперативному вмѣшательству является состояніе пульса, температуры и опухоли:*—если опухоль увеличивается, температура поднимается и пульсъ учащается, то дальнѣйшее выжиданіе рискованно, а еще болѣе рискованно, когда состояніе пульса начинаетъ не совпадать съ состояніемъ температуры—явленіе, указывающее на развивающійся диффузный перитонитъ.

Излагая клиническіе симптомы, по которымъ можно судить о своевременности оперативнаго вмѣшательства, мы не касались характера патолого-анатомическихъ измѣненій червеобразнаго отростка, разыгрывающихся въ это время въ немъ и дающихъ о себѣ знать тѣми или другими симптомами. Не касались мы этого преднамѣренно, не видя въ томъ нужды. Установить точный анатомическій діагнозъ измѣненій червеобразнаго отростка, какъ то пытаются дѣлать многіе авторы и въ томъ числѣ Sonnenburg, увѣряющій, что клиническія явленія даютъ на то полныя указанія, намъ кажется невозможнымъ, да и для практическихъ цѣлей излишнимъ и неперфорированный червеобразный отростокъ сплошь и рядомъ вызываетъ тѣ же измѣненія въ брюшной полости, какъ и перфорированный, а въ иныхъ случаяхъ даже болѣе тяжелыя; соотвѣтственно тому и клиническія явленія при *отсутствіи прободенія* будутъ столь же бурны или даже въ большей степени бурны, чѣмъ при прободеніи и поэтому могутъ *потребовать оперативнаго вмѣшательства*, тогда какъ и *при прободеніи можетъ наступить произвольное излеченіе.*

Затѣмъ, другими клиницистами, какъ мы видѣли выше, извѣстнымъ клиническимъ явленіямъ придается значеніе, указывающее *на присутствіе гноя и, стало быть, на необходимость оперативнаго вмѣшательства.* Мы уже нѣсколько разъ высказывались, что присоединяемся къ мнѣнію, что въ *громадномъ большинствѣ перитифлитовъ имѣются гнойные очаги* и во всякомъ случаѣ перитифлиты есть *воспалительной, гнойной природы*, а поэтому дѣленіе перитифлитовъ, что касается оперативнаго вмѣшательства, на *гнойные* и *негнойные*, не раціонально. Мы считаемъ старый, испытанный на другихъ органахъ, принципъ «ubi pus, ubi evacua» *въ приложеніи его къ брюшной полости требующимъ большихъ ограниченій.*

Брюшина, какъ о томъ подробно изложено выше, обладаетъ такою мощною силою въ борьбѣ съ инфекціею, какъ никакой другой органъ. Мы спокойно можемъ, констатировавши присутствіе гноя въ брюшной полости, предоставить природѣ самой справиться съ нимъ и тогда только приложить свою помощь, когда ей эта задача окажется не подъ силу.

Что *внутрибрюшинные перитонеальные гнойники могутъ самопроизвольно излечиваться*, тому имѣются прямыя доказательства помимо сопоставленія клиническихъ картинъ случаевъ излеченія перитифлитовъ при выжидательномъ леченіи съ аналогичными случаями, гдѣ операціей установлено присутствіе гноя. Такъ, Renvers, Kammerer [1]), Rotter и др. наблюдали произвольное излеченіе въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ пробная пункція давала положительные результаты. Rotter ради эксперимента дѣлалъ пробныя пункціи опухолей величиною въ куриное яйцо, извлекая только нѣсколько кубическихъ сантим. гноя и получилъ черезъ 2—3 недѣли при выжидательномъ леченіи выздоровленіе съ исчезновеніемъ опухоли. Возраженіе Sonnenburg'а, что въ подобныхъ случаяхъ положительныхъ пробныхъ пункцій и послѣдующихъ выздоровленій гной извлекается изъ червеобразнаго отростка, Renvers опровергаетъ вполнѣ вѣрно тѣмъ соображеніемъ, что эмпіемы червеобразнаго отростка по даннымъ самого же Sonnenburg'а встрѣчаются очень рѣдко, а пробныя пункціи сравнительно часто даютъ положительные результаты.—Roux въ 2 случаяхъ наблюдалъ червеобразный отростокъ почти совершенно ампутированнымъ и, какъ указывали на то болѣе старые рубцы, самоампутація произошла уже въ одинъ изъ предшествовавшихъ припадковъ, а безъ сомнѣнія такое разрушеніе червеобразнаго отростка повлекло за собою образованіе гнойника, который, однако, излечился самопроизвольно. Находимые на вскрытіяхъ и на операціяхъ перфорированные червеобразные отростки и калловые камни, заключенные въ объизвествѣлыя массы или рубцевыя ткани, также указываютъ на прежде бывшіе здѣсь и исцѣлившіеся гнойные очаги.

Какими же путями происходитъ удаленіе гноя изъ образовавшихся вокругъ червеобразнаго отростка гнойниковъ?

При большихъ гнойникахъ опорожненіе ихъ можетъ произойти путемъ прободенія сосѣднихъ полостныхъ органовъ: различныхъ частей кишечника, rectum, мочевого пузыря, матки, влагалища, и даже окружнымъ путемъ черезъ діафрагму и легкое. Этотъ способъ опо-

[1]) Kammerer. New-York med. Journ. Vol. 55. 1892.

рожненія не можетъ, однако, разсматриваться какъ обычный: онъ далеко не во всѣхъ случаяхъ ведетъ къ выздоровленію и не рѣдко требуетъ помимо того оперативнаго вмѣшательства, а поэтому совершенно не можетъ быть принятъ въ разсчетъ въ случаяхъ съ непродолжительнымъ теченіемъ болѣзни.

Второй болѣе частый и благопріятный способъ самопроизвольнаго опорожненія гноя есть *самодренированіе* (Selbstdrainirung) гнойника черезъ червеобразный отростокъ. Этому способу Sahli въ случаяхъ произвольнаго излеченія перифитлитовъ отдаетъ первенствующее значеніе. Гнойникъ, лежа въ брюшной полости, благодаря все наростающимъ по мѣрѣ его распространенія склейкамъ вокругъ него имѣетъ меньшую возможность прорваться въ свободную брюшную полость, чѣмъ черезъ кишечную стѣнку, гдѣ подобнаго увеличенія сопротивляемости нѣтъ, а наоборотъ, сопротивляемость стѣнки червеобразнаго отростка вслѣдствіе инфекціи, распространившейся отсюда, значительно уменьшена, такъ что напоръ гноя меньше всего встрѣчаетъ сопротивленія въ стѣнкѣ отростка. Здѣсь сказывается «цѣлебная сила природы» («Heilkraft der Natur»): некрозъ червеобразнаго отростка, поведшій къ проникновенію микроорганизмовъ въ брюшную полость или въ забрюшинную клѣтчатку даетъ обратную дорогу гною въ кишку, такъ что перфорированный червеобразный отростокъ дѣйствуетъ здѣсь какъ естественный дренажъ. И это не единственный примѣръ, когда гнойная инфекція, попадая снаружи внутрь органа, тѣмъ же путемъ выходитъ наружу; классическими аналогичными примѣрами являются пустулы, фурункулы и зубной періоститъ. Особенно въ послѣднемъ Sahli видитъ весьма подходящую аналогію съ гнойными перитифлитами, аналогію, распространяющуюся на рецидивы и радикальное устраненіе ихъ, die der Chirurg sowohl wie der Zahnarzt am liebsten durch Entfernung des Corpus delicti, des Wurmfortsatzes, des cariöses Zahnes—im Ruhe-stadium, à froid, vornimmt.

Въ рѣдкихъ случаяхъ опорожненіе гноя изъ полости червеобразнаго отростка можетъ произойти путемъ срощенія червеобразнаго отростка со слѣпою кишкою или съ другою частью кишечника и послѣдовательнаго прободенія на мѣстѣ срощенія, даже безъ образованія гнойника вокругъ отростка. Подобный случай опорожненія гноя описалъ Schnürer [1]) въ 50-хъ годахъ.

[1]) Schnürer. Ueber die Perforation des wurmförmigen Fortsatzes.—In. Diss. Erlangen. 1854.

Весьма интересные случаи самопроизвольнаго излеченія большихъ перитифлитическихъ гнойниковъ описываютъ Мочутковскій [1]) и Венгровъ [2]). Въ ихъ случаяхъ послѣ нѣсколькихъ дней тяжелаго состоянія отошло per rectum не только большее количество гноя, но и *сами червеобразные отростки*, послѣ чего наступило рѣзкое улучшеніе и вскорѣ выздоровленіе. Въ случаѣ Венгрова выдѣлившійся червеобразный отростокъ имѣлъ каловый камень и въ 2 мѣстахъ прободеніе. Подобные же случаи описываютъ Jackson [3]), Long [4]) и въ послѣднее время Generosi [5]) и Wallace [6]). Въ случаѣ Generosi у 13-ти-лѣтней дѣвочки послѣ 17-ти дневной болѣзни отошелъ весь червеобразный отростокъ, имѣвшій 2 язвы; въ случаѣ Wallace'а у 21-лѣтняго молодого человѣка были жестокіе припадки перитифлита и уже было рѣшено дѣлать операцію, какъ со стуломъ отошелъ червеобразный отростокъ въ $3^1/_2$ дюйма длины, состоявшій, главнымъ образомъ, изъ слизистой и подслизистой съ прободнымъ отверстіемъ и каловымъ конкрементомъ. Послѣ того наступило выздоровленіе.

Открыть гной въ испражненіяхъ удается только при опорожненіяхъ большихъ гнойниковъ. Гнойныя тѣльца уже въ гнойникахъ начинаютъ подпадать гнилостному распаду, а тѣмъ болѣе въ кишечникѣ. Sahli смѣшивалъ большія количества гноя съ каломъ и уже черезъ 24 часа не могъ найти въ этой смѣси гнойныхъ тѣлецъ. Отыскиваніе гнойныхъ тѣлецъ, не говоря уже о макроскопическомъ изслѣдованіи, даже и при микроскопическомъ также весьма затруднено благодаря тому, что количество опорожнившагося гноя весьма незначительно въ сравненіи съ количествами кала. У насъ отмѣчена примѣсь гнойныхъ тѣлецъ въ замѣтныхъ размѣрахъ въ испражненіяхъ только въ 2 случаяхъ: въ №№ 31 и 47 тер.

Третій способъ самопроизвольнаго излеченія перитифлитическихъ гнойниковъ есть путь *разсасыванія ихъ брюшиной*. Этому способу Sahli отводитъ второстепенное мѣсто, но на самомъ дѣлѣ теорети-

[1]) Мочутковскій. Къ патологіи червеобразнаго отростка.—Труды VI съѣзда русскихъ врачей въ память Пирогова и Русскій Архивъ патол. и клинич. Мед. Т. V. 1896.

[2]) Вейнгровъ П. Д. Случай рѣдкаго исхода гнойнаго перпаппендицита. Врачъ № 19. 1901.

[3]) Jackson.—Extr. Rec. Bost. Soc. Med. Improvement IV. 49—52. 1859. Приведено у Edebohls'a. Med. Rec. Nov. 25. 1899.

[4]) Long W. J. Intercolon. Med. Jour. Australasia, Melbourne. I. p, 1896. Ibid.

[5]) Generosi. La Riforma Medica 1901.

[6]) Wallace. W. L. Appendix vermiformis passed in stool. Amer. Medicine. Nov. 9. 1901.

ческія соображенія заставляютъ признать его наиболѣе частымъ, какъ это выставилъ Rotter и за нимъ другіе авторы: Körte, Herzog, Nothnagel и др.

Этотъ способъ регрессиваго метаморфоза перитифлитическаго гнойника признавали еще въ прежнія времена: въ 50-ые и 60-ые годы, когда только зарождалось истинное понятіе объ этіологіи перитифлита, въ то время мы находимъ описанія, какъ гной превращался въ сѣроватую или мѣловую массу, которую вмѣстѣ съ камнемъ окружало крѣпкое фиброзное сращеніе въ видѣ капсулы, причемъ полость червеобразнаго отростка отчасти или совершенно исчезала.

Въ главѣ о перитонитахъ мы подробно изложили экспериментальныя работы, неоспоримо доказавшія, что брюшина обладаетъ огромною рассасывающею способностью и сопротивляемостью къ различнымъ вредоносимымъ агентамъ, въ томъ числѣ и къ микроорганизмамъ.

Перитифлитическіе гнойники, какъ показали ранніе операціи, не отличаются большой величиною, количества гноя отмѣчаются въ этихъ случаяхъ въ нѣсколько куб. сант., въ чайную, столовую ложку и т. д. Гной въ такомъ количествѣ, какъ показали эксперименты, можетъ подвергнуться рассасыванію брюшиной. въ особенности въ первые дни болѣзни, когда рассасывающая способность ея не сильно пострадала вслѣдствіе развитія грануляціонной ткани. Другимъ необходимымъ условіемъ для рассасыванія гноя является также не особенно значительная вирулентность инфекціи, такъ какъ въ противномъ случаѣ распространеніе послѣдней идетъ весьма быстро и не происходитъ прочнаго отграниченія воспалительнаго процесса.

Процессъ рассасыванія происходитъ такимъ образомъ, что микроорганизмы погибаютъ, гной становится стерильнымъ, форменные элементы его, гнойныя тѣльца, подпадаютъ жировому перерожденію и все всасывается брюшиной. При очень малыхъ гнойникахъ весь процессъ можетъ совершиться въ теченіе 2—3 дней, а съ уничтоженіемъ инфекціоннаго очага быстро исчезаетъ и окружающая его реактивная воспалительная зона, т. е. перитифлитическая опухоль въ цѣломъ. Иногда, однако, процессъ не заканчивается вполнѣ, именно, не происходитъ полнаго рассасыванія гноя: или остается уплотненная рубцевая ткань, не способная къ дальнѣйшему рассасыванію, или же остается уплотненный, или обызвествленный или, какъ исключеніе, жидкій гной, окруженный плотною фиброзною тканью, благодаря которой онъ не подвергается дальнѣйшему рассасыванію въ теченіе болѣе или менѣе продолжительнаго времени, иногда

въ теченіе нѣсколькихъ лѣтъ, но и благодаря которой, съ другой стороны, исключается вредное дѣйствіе гноя на близь лежащія части и на весь организмъ. Также и вышавшій изъ червеобразнаго отростка каловой камень можетъ инкапсулироваться, какъ это наблюдали нѣсколько разъ.

Rotter придаетъ настолько большое значеніе рассасывающей способности брюшины, что онъ видитъ въ прободеніи червеобразнаго отростка въ брюшную полость при его заболѣваніи, подобно тому, какъ Sahli въ своемъ Selbstdrainage, проявленіе цѣлительныхъ силъ природы: пока инфекціонный процессъ разыгрывается внутри отростка, то его изліяніе наступаетъ по опорожненіи возбудителей инфекціи и ихъ продуктовъ въ кишечникъ. Благодаря же извѣстнымъ условіямъ, какъ то съуженіямъ, перегибамъ, каловымъ камнямъ etc. опорожненіе затруднено, такъ что оно происходитъ вполнѣ только въ рѣдкихъ случаяхъ; затѣмъ секреція слизистой вновь даетъ толчекъ къ слѣдующему припадку,—пока не произойдетъ прободенія червеобразнаго отростка съ изліяніемъ его содержимаго въ брюшную полость, гдѣ гной и бактеріи подвергаются рассасыванію, а каловые камни инкапсулируются и такимъ образомъ наступаетъ выздоровленіе. Подтвержденіе своего мнѣнія Rotter ищетъ въ томъ фактѣ, что при операціяхъ рецидивирующихъ формъ перитифлита въ $50^0/_0$ и больше находятъ червеобразный отростокъ по перфорированнымъ, тогда какъ при перфоративныхъ аппендицитахъ рецидивы отмѣчаются только въ $20—30^0/_0$; по господствующему до сихъ поръ мнѣнію сгущенный гной и инкапсулированные каловые камни при своемъ внутрибрюшинномъ положеніи особенно часто являются причиной рецидивовъ, данныя же операціи показываютъ наоборотъ, что простыя формы чаще даютъ рецидивы, чѣмъ перфоративныя. Это то кажущееся противорѣчіе и объясняется, по мнѣнію Rotter'а, тѣмъ, что внутрибрюшинное нагноеніе скорѣе излечивается радикально, чѣмъ находящееся въ замкнутомъ слизистомъ мѣшкѣ червеобразнаго отростка.

Если же сила инфекціи превосходитъ противостоящія ему цѣлительныя силы природы, то нагноительный процессъ прогрессируетъ и тогда необходимо своевременное оперативное вмѣшательство.

О симптомахъ нагноительнаго процесса см. стр. 252—267.

Показанія къ оперативному вмѣшательству при диффузныхъ перитонитахъ перитифлитическаго происхожденія въ виду ихъ особенностей мы разсмотримъ отдѣльно отъ общихъ показаній къ операціямъ въ леченіи перитифлитовъ.

Предварительно мы позволимъ себѣ сдѣлать историческую справку по этому вопросу.

Существуютъ литературныя данныя, что Aretaeus [1]) (въ 50-хъ годахъ по Р. Х.) вскрылъ, гнойникъ брюшинной полости лежавшій вблизи печени; Soranus von Ephesus [2]) (въ 100-хъ годахъ по Р. Х.) рекомендовалъ вскрывать внутрибрюшинные гнойники разрѣзомъ въ поясничной области по указанію Erasistratus'a.

Болѣе же ясныя указанія на оперативное леченіе перитонитовъ мы встрѣчаемъ только въ концѣ XVIII-го столѣтія, но и то это леченіе носитъ характеръ спорадическихъ попытокъ и при томъ касающихся хроническихъ случаевъ перитонита. Такъ A. G. Richter [3]) въ 1792 году высказывается, что оперативное опорожненіе гнойника есть единственное средство къ полному прекращенію «молочновидной водянки живота» «milchigten Bauchwassersucht». A P. Frank [4]) въ то же время приводитъ свои наблюденія благополучнаго излеченія гнойныхъ перитонитовъ, въ особенности у беременныхъ, вслѣдствіе прорыва гноя въ области пупка. Herlin [5]) же еще въ 1767 г. произвелъ опыты оперативнаго леченія перитонитовъ на кошкахъ.

Къ этому же времени относятся указанія Pyol'я [6]), David'a [7]), Ravaton'a [8]) и др. на опорожненіе внутрибрюшинныхъ гнойниковъ разрѣзомъ или проколомъ.

Однако, въ теченіе почти столѣтія оперативное леченіе перитонитовъ примѣняется спорадически, въ рѣдкихъ случаяхъ; брюшная область считается запретною областью для хирургическаго ножа и рукъ хирурга—«Noli me tangere».

Въ началѣ XIX (1816 г.) столѣтія выступаетъ съ предложеніемъ оперативнаго вмѣшательства van Vrecken [9]), говорящій въ своей диссертаціи о перитонитахъ и объ оперативномъ леченіи ихъ: «Ubi haud dubiis signis denunciatur suppuratio nulloque modo puris resorptio speranda est proponitur, ut extremum remedium abdominis circa umbilicum perforatio, ut pus et alii contenti humores emittantur».

[1]) Приведено у Gurlt'a, Geschichte der Chirurgie, Bd. III. p. 720. 1898.
[2]) Приведено у Peyrilhe. Histoire de la chirurgie. T. p. 249. 1780.
[3]) Richter A. G. Anfangsgründe der Wundarzneikunst. Bd. II. Wien. 1792.
[4]) Frank. P. De curandis hominum morbis epitome lib. II. Mannheim. 1792.
[5]) Цит. по Fruc. Traitement chirurgical de la péritonite. Paris. 1886.
[6]) Pyol Journ. gén. de méd. 1789.
[7]) David. Manière d'ouvrir et de traiter l'ascite suppurée etc. –Mém. sur les suj. prop. pour le prix de l'Acad. royale de chir. T. IV. 1774.
[8]) Ravaton Pratique moderne de la chirurgie. T. II. 6. V. 1771.
[9]) van Vrecken. De peritonitide Paris 1816.

Lapelletier [1]) также рекомендуетъ проколъ живота въ области пупка для опорожненія гноя.

Проколомъ ограничивались также Bary [2]), Naumann [3]), Abercrombie [4]), Piorry [5]), хотя уже Pyol болѣе склонялся къ разрѣзу, а позднѣе Jobert [6]), von Himmelsterna [7]), Marten [8]) и др. также отдавали предпочтеніе разрѣзу.

Начиная съ 70-хъ годовъ XIX столѣтія случаи оперативнаго вмѣшательства въ леченіи перитонитовъ встрѣчаются уже чаще. Такъ, Aarestrup [9]) сообщаетъ случай, гдѣ онъ у 12-ти-лѣтней дѣвочки съ общимъ перитонитомъ сдѣлалъ во многихъ выдающихся мѣстахъ живота пункціи и вставилъ дренажныя трубки, черезъ которыя вытекло громадное количество гноя, послѣ чего животъ постепенно сталъ опадать и больная черезъ 3 мѣсяца выздоровѣла.

Winge [10]) также сообщаетъ случай излеченія перитонита послѣ повторныхъ пункцій.

Подобный же случай скоро послѣ того сообщилъ Brünniche [3]).

Kaiser [11]), собравшій изъ литературы до 16 случаевъ, уже предлагаетъ какъ методъ леченія перитонитовъ у женщинъ вскрытіе ихъ черезъ задній сводъ (а у мужчинъ по l. alba) и какъ показанія къ тому ставитъ: 1) угрожающую опасность задушенія, 2) empyema necessitatis и 3) медленное рассасываніе.

А въ 1881 г. А. И. Шмидтъ [12]), первый произвелъ *лапаротомію при гнойномъ перитонитѣ* съ исходомъ въ выздоровленіе. Въ слѣдующемъ году С. Е. Молоденковъ [14]), сообщилъ также случай

[1]) Lapelletier. Epanchement laiteux dans la cavité abdom.—Jour de méd. 1815
[2]) Bary. Sur la péritonite aiguë. Diss. Paris. 1822.
[3]) Naumann. Handbuch der med. Klinik, Bd. IV, II Abt. Berlin. 1829.
[4]) Abercrombie. Untestuchungen über die Krankheiten des Magens. a. d. engl übers. Bremen. 1830.
[5]) Piorry. Sur le traitement des perforations intestinales, et notamment sur les punctions répetées.—Revue méd.-chir, t. II. 1847.
[6]) Jobert. De collections de sang et de pus dans l'abdomen. Thèse. 1836.
[7]) v. Himmelsterna. Schmidt's Jahrb. Suppl. Bd. V p. 135. 1840.
[8]) Marten. Zur operativen Behandl. der Peritonitis.—Virchow's Arch. Bd. 20. 1861.
[9]) Aarestrup. Aarsberetning fra Kommunehospitalets 3 Afd. 1869. Beretnin om Kjöbehavn Kommunehosp. Kjöbenhavn. 1870.—Virchow's Jahresbericht. Bd. 2. p. 12. 1871.
[10]) Winge. Peritonitis behandelt ved Paracentese.—Norsk Magazin for Laegevidenskaben. 1871.
[11]) Brünniche. Et Tilfaelde af purulent Peritonitis, helbredet ved Aspiratio og Drainage. Hospitalstidende. 1873.
[12]) Kaiser. Ueber die operative Behandl. d. Bauchempyeme.—I. D. Freiburg u Deut. Arch. f. klin. Med. Bd. XVII. 1876.
[13]) Шмидтъ А. И. Гнойный перитонитъ. Лапаротомія. Излеченіе.—«Врачъ», №№ 51 и 52. 1881.
[14]) Молоденковъ. С. Е. Случай гнойнаго перитонита. Лапаротомія. Смерть. «Врачъ» № 43. 1882.

произведенной имъ лапаротоміи, но съ летальнымъ исходомъ. Въ 1883 году сообщилъ случай удачнаго оперативнаго леченія Reibel[1]).

Появленіе къ этому времени болѣе частыхъ случаевъ оперативнаго вмѣшательства въ леченіи перитонитовъ объясняется введеніемъ въ это время антисептическаго метода, но всетаки это вмѣшательство носитъ еще чисто случайный характеръ; такъ напр. Reibel говоритъ, что онъ приступилъ къ операціи въ своемъ случаѣ «вопреки логики» и только послѣ выздоровленія больного убѣдился въ ея разумности. Въ случаѣ Шмидта больной 6 разъ переводился изъ одного отдѣленія въ другое и прошелъ черезъ руки 12 врачей, попавъ къ нему 13-му. Наконецъ, какъ эти послѣдніе случаи, такъ и приведенные раньше собственно были ограниченные перитониты, хотя и захватывающіе большія области.

Къ этому же времени операціи въ брюшной полости, особенно гинекологическія, начинаютъ широко распространяться, при чемъ на ряду съ различными заболѣваніями брюшныхъ органовъ стали случайно подвергаться лапаротоміи и перитониты, осложняющіе какія либо другія основныя страданія, напр. при гангренозныхъ оваріальныхъ кистахъ, при ущемленныхъ грыжахъ; или же перитониты оперировались вслѣдствіе ошибочнаго діагноза. Эти случайныя наблюденія (Lawson Tait[2]), Keith[3]), Spencer Wells, Terrier[4]), Buchanan[5]) и др.) показали, что оперативное вмѣшательство при гнойныхъ перитонитахъ не противопоказано, какъ раньше имѣлось о томъ представленіе, какъ, напр., при гангренозныхъ оваріальныхъ кистахъ, а, наоборотъ, даетъ хорошіе результаты.

Но все еще оперативное вмѣшательство не находило широкаго распространенія. Такъ за 5-лѣтній періодъ отъ 1883 по 1887 г.г. опубликовано только около 12 случаевъ оперативнаго леченія диффузныхъ перитонитовъ перитифлитическаго происхожденія, именно: 1 случ. Chaput[7]), 1 случ. Mikulicz'емъ[8]), 2 случ. Krönlein'омъ[1]), 1 случ. Polaillon'омъ[2]), 1 случ. Poncet'омъ[3]), 1 случ. Regnier[3]), 1 случ. Homans'омъ[4]), 1 случ. Hall'емъ[5]), 1 случ. Bryant'омъ[6]) и 2 случ. Weir'омъ[7]). Но скоро послѣ того эта операція становится все болѣе и болѣе популярной и въ настоящее время опубликовано многочисленными хирургами уже значительное число случаевъ, такъ что вполнѣ можно считать исполнившеюся высказанную Mynter'омъ[8]) еще въ 1879 г. надежду, что придетъ время, когда общій перитонитъ будетъ лечиться вскрытіемъ брюшной полости и ампутаціей червеобразнаго отростка.

[1]) Reibel, Gazette méd. de Strassburg. 1 Jan. 1883.

[2]) Lawson Tait. The med. Times and Gazette. Vol. II. 1881.—Brit. med. Journ. v. I. 1883.

[3]) Keith. Ovariotomy in which the cyst was in a state of gangrene. The Lancet. II. 1885.

[4]) Terrier. Gastrotomie suivie de guérison.—Bull. et. mém. de la soc. de chir. t. V. 1879.

[5]) Buchanan. On gastrotomy, with a case of intestinal obstruction, in which the operation was followed by relief of the symptoms and cure of the patient.—The Lancet. I. 1871.

[7]) Chaput. Progr. méd. 1883.

[8]) Mikulicz. Ueber Laparotomie bei Magen-und Darmperforation. — Samml. klin. Vorträge. № 262. 1884.

Первые удачные случаи оперативнаго леченія диффузныхъ перитонитовъ вначалѣ возбудили преувеличенныя надежды, но по мѣрѣ накопленія наблюденій надежды эти были значительно съужены и къ оперативному вмѣшательству уже стали предъявляться самыя минимальныя требованія.

Быстрые смертельные исходы при диффузныхъ перитонитахъ вызываются отравленіемъ организма септическими продуктами. Если брюшина обладаетъ могущественными средствами борьбы съ инфекціями, при помощи своей всасывающей способности, то эта же способность является пагубной при большомъ количествѣ инфецирующаго матеріала, который поступаетъ черезъ брюшину уже въ количествахъ, отравляющихъ организмъ. Другое объясненіе (Grawitz'а), что причина смерти при диффузныхъ перитонитахъ лежитъ въ очень большомъ образованіи гноя и въ вызванной тѣмъ чрезмѣрной потерѣ соковъ, менѣе удовлетворительно, такъ какъ существуютъ формы перитонита и притомъ наиболѣе жестокія, гдѣ выпота почти нѣтъ.

Въ наивозможно скорѣйшемъ освобожденіи брюшной полости отъ инфекціоннаго матеріала и лежитъ цѣль операціи. Но кромѣ механическаго удаленія наружу токсическаго вещества операціей

[1]) Krönlein. Ueber die operative Behandlung der acuten diffusen jauchig-eitrigen Peritonitis.—Arch. f. klin. Chir. Bd. 33.

[2]) Polaillon. L'Union médical. 1884.

[3]) Цит. по Truc'y.

[4]) Homans. Boston med. and surg. Journal. June 12, 1886.

[5]) Hall. R. J. Suppur. periton. due to ulceration and suppuration of the vermif. appendix. Laparotomy, resection of the vorm. app., toilette of the peritoneum, drainage recovery, New-York. med. Journ. XLIII. 1886.

[6]) Bryant. J. D. Removal of the appendix vermiformis by abdominal section Med. Record. Jan. 1 1887.

[7]) Weir. R. F. A plea for earlier operations.—Med. Record, June 11, 1887.

[8]) Mynter. H. Perityphlitic abscess.—Buffalo med. a. surg. Journ. XIX. 1879—1880.

(разрѣзомъ брюшной стѣнки) достигается также уменьшеніе напряженія брюшныхъ стѣнокъ и тѣмъ уменьшенія давленія, подъ которымъ находится выпотъ съ токсическими веществами, и вмѣстѣ съ тѣмъ также возстановленіе нормальнаго кровообращенія.

Въ виду этого весьма важно время операціи. А priori надо ожидать тѣмъ лучшихъ результатовъ отъ нея, чѣмъ *раньше она предпринята*. Однако, препятствіемъ возможно болѣе раннему оперативному вмѣшательству часто является состояніе больного. При очень тяжеломъ состояніи больного, находящагося вслѣдствіе только что происшедшаго прободенія кишечника или гнойника въ шокѣ или коллапсѣ, оперативное вмѣшательство можетъ ускорить конецъ. Желательно поэтому выждать, пока силы больного нѣсколько оправятся, но не всегда это представляется возможнымъ; коллапсъ, вызванный прободеніемъ, можетъ поддерживаться быстро наступающей интоксикаціей и быстро повести къ смерти. Чтобы уменьшить инсультъ, наносимый операціей, слѣдуетъ въ такихъ случаяхъ избѣгать наркоза, ограничиваясь мѣстной анэстезіей и по возможности ограничивать операцію вскрытіемъ брюшной стѣнки и введеніемъ отсасывающихъ тампоновъ.

Показанія къ оперативному вмѣшательству при диффузныхъ перитонитахъ различны, смотря по ихъ формѣ:

1) *При перитоневальномъ раздраженіи* оперативное вмѣшательство, конечно, *противопоказано*, такъ какъ раздраженіе само быстро оканчивается благополучно. Въ тѣхъ же случаяхъ, гдѣ перитонеальное раздраженіе является предвѣстникомъ настоящаго перитонита, оно весьма быстро смѣняется признаками послѣдняго.

2) *Диффузный септическій перитонитъ* развивается молніеносно съ очень тяжелой интоксикаціей вслѣдствіе необычайной вирулентности бактерій, но при очень малой реакціи брюшины — почти съ полнымъ отсутствіемъ выпота. Операція здѣсь *безполезна*, такъ какъ отвести механическимъ путемъ плотно сидящее по всей брюшины инфецирующее начало не имѣется возможности.

3) *Гнилостно-гнойный перитонитъ*, также развивающійся весьма быстро, даетъ уже болѣе надежды на выздоровленіе отъ оперативнаго вмѣшательства, если оно произведено достаточно рано, пока инфецирована, не вся брюшная полость, а только верхняя ея половина, а также когда интоксикація больного не достигла крайней степени.

Объ послѣднія формы перитонита (2-я и 3-я) съ клинической

стороны проявляются почти одинаковы: именно на первый планъ выступаютъ весьма тяжелыя явленія общаго разстройства вслѣдствіе отравленія организма токсинами и этими тяжелыми общими явленіями онѣ отличаются отъ первой формы (перитонеальнаго раздраженія): внезапное бурное начало, частая рвота, иногда небольшими количествами окрашенной желчью жидкости, высокая температура, частый и малый пульсъ, или же низкая и даже субнормальная температура при очень частомъ пульсѣ, діапоэ конечностей, рѣзко выраженное facies abdominalis, липкій потъ, жестокія боли живота, сильная болѣзненность его и сильное напряженіе брюшныхъ стѣнокъ, ускоренное дыханіе реберпаго типа.

Между собою 2-я и 3-я формы по клиническому теченію отличаются мало, развѣ только тѣмъ, что при септической формѣ болѣе выступаютъ явленія сепсиса и скорѣе наступитъ смертельный исходъ, а при гнилостно-гнойной выступаютъ явленія со стороны брюшины, но эта разница только въ степенахъ и поэтому рѣдко уловима.

4) *Наростающій фибринозно-гнойный перитонитъ* — наиболѣе благодарное поле для оперативнаго вмѣшательства. Громадное большинство опубликованныхъ удачныхъ случаевъ оперативнаго леченія диффузныхъ перитонитовъ относятся именно къ этой формѣ.

Что касается *времени* операціи, то, какъ уже сказано, не всегда желательно торопиться съ ней. Кромѣ того слѣдуетъ выждать, пока пройдутъ явленія перитонеальнаго раздраженія, всегда предшествующія развитію настоящаго перитонита, и пока наиболѣе пораженные участки отграничатся отъ остальной брюшной полости. При медленномъ наростаніи перитонита и при удовлетворительномъ состояніи больного, выжиданіе позволительно даже въ теченіе нѣсколькихъ дней, дабы получить болѣе легкій доступъ къ пораженнымъ участкамъ (какъ было въ нашихъ случаяхъ №№ 55 и 57). Однако, въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ диффузный фибринозно-гнойный перитонитъ развивается не путемъ постепеннаго наростанія отъ первичнаго очага, а путемъ одновременнаго распространенія инфекціоннаго матеріала по брюшной полости и послѣдовательнаго ограниченія воспаленія отдѣльными участками, медлить съ операціей не слѣдуетъ, такъ какъ путь къ заложеннымъ въ отдѣльныхъ мѣстахъ гнойникамъ все равно будетъ идти черезъ здоровые участки брюшной полости.

Весьма часто дифференціальный діагнозъ между наростающимъ фибринозно-гнойнымъ перитонитомъ, особенно при послѣднемъ способѣ его развитія, и остальными формами бываетъ весьма труденъ

и даже невозможенъ и опредѣляется только на операціонномъ столѣ, ибо клиническія явленія и при фибринозно-гнойномъ перитонитѣ могутъ быть такъ же тяжелы, какъ и при другихъ формахъ.

Методы операцій при заболѣваніяхъ червеобразнаго отростка различны, смотря по роду заболѣванія, мѣсту и степени распространенія нагноенія; ихъ можно раздѣлить на три группы:

а) при острой формѣ съ ограниченнымъ гнойникомъ;

в) при острой формѣ съ діффузнымъ перитонитомъ и

с) при рецидивирующей формѣ въ періодѣ покоя.

Подготовленіе больныхъ къ операціи также нѣсколько разнится при той или другой формѣ перитифлита.

Практикуемое передъ наркозомъ и особенно передъ брюшными операціями *опорожненіе кишечника должно быть безусловно оставлено при острой перитифлитѣ съ ограниченнымъ воспалительнымъ очагомъ*, причемъ *должны быть противопоказаны не клизмы*, но даже и *слабительныя*, но *только слабительныя*, не должно колебать принципиовъ, возбраняющихъ вмѣшательства не можетъ колебать принципиовъ, возбраняющихъ употребленіе слабительныхъ и клизмъ въ періодѣ выжидательнаго леченія; къ тому же и нѣтъ настоятельной нужды въ опорожненіи кишекъ: за время, предшествующее операціи, больные находятся на строгой діэтѣ, поэтому сколько либо значительнаго переполненія кишечника нѣтъ. Покой кишечника желателенъ и первое время послѣ операціи, чему бы противорѣчило назначеніе слабительныхъ, не говоря о могущихъ быть отъ нихъ осложненіяхъ (прободенія гнойника) до операціи.

Привержены слабительныхъ—при выжидательномъ леченіи перитифлитовъ и здѣсь рекомендуютъ ихъ въ видѣ частыхъ небольшихъ пріемовъ каломеля или солей, или же послѣднихъ въ большихъ пріемовъ каломеля или солей, а также и большія клизмы изъ большихъ дозахъ на одинъ пріемъ, а также и большія клизмы изъ теплой воды за нѣсколько часовъ до операціи.

Со строгой *діэты*, бывшей до сихъ поръ, должно перейти за день до операціи въ *абсолютную* въ *пищѣ* и *питьѣ*.

Требованія *покоя* заставляютъ избѣгать также и *ванны* передъ операціей.

При *діффузномъ перитонитѣ*, конечно, имѣютъ то же значеніе мѣры предосторожности, засталяющія воздерживаться отъ обычныхъ приготовленій къ операціи, не говоря о томъ, что часто приходится приступать къ операціи немедленно, когда о подготовленіи не можетъ быть рѣчи. При частой *рвотѣ*, въ особенности съ примѣсью кишечнаго содержимаго, даетъ недурные результаты *промываніе желудка передъ операціей*. Во избѣжаніе большого безпокойства больныхъ промываніе слѣдуетъ дѣлать въ *полулежачемъ положеніи* въ постели, что производится довольно легко.

При рецидивирующей формѣ перитифлита передъ операціей *въ періодѣ покоя*, разумѣется, у мѣста всѣ подготовительныя мѣры, требующіяся предъ наркозомъ и передъ брюшной операціей.

При острой формѣ перитифлита съ ограниченнымъ гнойникомъ операція по своей техникѣ распадается на отдѣльные виды смотря *по мѣстоположенію гнойника, по величинѣ его, по отношенію его къ передней брюшной стѣнкѣ, и по доступности червеобразнаго отростка и необходимости его удаленія.*

При типичной острой формѣ перитифлита съ гнойникомъ въ правой подвздошной ямкѣ для опорожненія гнойника, наиболѣе часто примѣняется *косой* (вѣрнѣе, *дуговидный*) разрѣзъ брюшныхъ покрововъ, введенный въ практику еще Willard'омъ Parker'омъ [1]. Разрѣзъ этотъ, примѣняемый также для перевязокъ *art. iliaca*, ведется *немного кнутри отъ sp. ant. sup. параллельно Пупартовой связкѣ*, въ 15—18 снтм. длины, съ средниою, соотвѣтствующею sp. ant. sup. цѣль этого разрѣза дойти до гнойника, какъ и до art. iliaca внѣбрюшинно: по послойномъ разрѣзѣ кожи, поверхностной фасціи (fascia superficialis), апоневроза косой наружной мышцы, косой внутренней и поперечной мышцы и поперечной фасціи брюшина отслаивается отъ подвздошной фасціи (fascia iliaca), выстилающей дно подвздошной ямки, и такимъ образомъ подкапываются сзади или сбоку къ гнойнику, который при наиболѣе измѣненной здѣсь брюшинѣ легко прорвать тупымъ путемъ—пальцемъ или черенкомъ скальпеля. Это преимущество косого разрѣза—доступъ къ гнойнику не черезъ свободную брюшную полость при отсутствіи сращенія гнойника съ передней брюшной стѣнкой,—а *сзади*, въ особенности выставляялся Stimpson'омъ [2] или въ послѣднее время Sonnenburg'омъ, предлагающимъ его и для резекціи червеобразнаго отростка въ межприпадковомъ періодѣ. Для цѣлей доступа къ заднему

---

[1] Parker W. An operation for abscess of the appendix vermit. caeci. Med. Rec. 1867.

[2] Stimpson L. A. The technique of operations for the relief of appendicitis. Annals of Surgery. Apr. 1891.

на наиболѣе далекое разстояніе кнутри, онъ предлагаетъ вести разрѣзъ отъ т. называемой имъ *l. spinalis* (линія, соединяющая обѣ sp. ant. sup.) вплотную у подвздошной кости до средины Пупартовой связки и по возможности *тупо* отдѣлить косую и поперечную мышцы отъ кости и по разрѣзу поперечной фасціи *тупо отдвинуть брюшинную складку* (мѣсто перехода передняго листка брюшины въ задній) отъ подвздошной ямки. Для предупрежденія же развитія грыжъ на мѣстѣ рубца Sonnenburg оттягиваетъ кожу съ боковой области наивозможно болѣе кнутри за sp. ant. sup. (Flankenschnitt).

Другіе авторы опредѣляютъ направленіе косого разрѣза Mc Burney'евской точкой, лежащей на 2 дюйма отъ sp. ant. sup. по линіи, проведенной отъ послѣдней къ пупку. Разрѣзъ косой, около 4 дюйм. длины, перекрещиваетъ подъ прямымъ угломъ съ упомянутой линіей и верхняя треть его лежитъ выше послѣдней.

Большого значенія точное опредѣленіе направленія косого разрѣза при гнойникѣ не имѣетъ: смотря по величинѣ гнойника, его распространенію къ срединной линіи, разрѣзъ ведется ближе или къ sp. ant. sup., или къ Mc Burney'вской точкѣ, смотря по тому, откуда въ данномъ случаѣ легче и ближе подойти къ гнойнику; такъ какъ перитифлитическіе гнойники въ громадномъ большинствѣ случаевъ – внутри-брюшинные, то соблюденіе правила проведенія послойнаго разрѣза по Parker'у, въ цѣляхъ внѣбрюшиннаго доступа къ нимъ, далеко не всегда возможно; подрываться же вглубь и кнутри, какъ это дѣлаетъ Sonnenburg—не желательно: если и удастся по его методу вскрыть гнойникъ какъ бы внѣбрюшино и тупымъ путемъ, то создаются взамѣнъ того невыгодныя условія для опоражненія гнойника и для его послѣдовательной тампонады; затѣмъ при отечности брюшныхъ стѣнокъ не всегда возможно разобраться въ отдѣльныхъ слояхъ и легко попасть между другими слоями въ забрюшинной клѣтчаткѣ и тѣмъ создать новые карманы. Кромѣ того при далекомъ проникновеніи вглубь возможно поранить мочеточникъ, vas deferens и vasa spermatica, плотно сросшіяся здѣсь съ брюшиной. Его методъ съ отслойкой брюшины заступаетъ мѣсто его двухмоментнаго метода и продиктованъ тѣмъ же страхомъ передъ вскрытіемъ свободной брюшной полости.

Такъ же мало пригоденъ его кожный разрѣзъ съ оттягиваніемъ кожи кнутри (Flankenschnitt); предупредить образованіе грыжи этотъ разрѣзъ ни въ коемъ случаѣ не можетъ, такъ какъ одна кожа не въ состояніи противодѣйствовать брюшному давленію, сдвиганіе

же кожи при послѣдовательныхъ перевязкахъ раны значительно затрудняетъ тампонированіе гнойной полости. Да и самъ Sonnenburg, такъ расхваливній этотъ разрѣзъ, въ своихъ послѣднихъ статьяхъ говоритъ уже о развитіи грыжъ во многихъ случаяхъ вскрытія гнойника, несмотря на примѣненный въ этихъ случаяхъ Flankenschnitt.

При косомъ послойномъ разрѣзѣ на пути встрѣчается мало сколько либо крупныхъ сосудовъ, именно только мышечныя вѣтви art. circumflexa ilei; art. ae epigastrica попадаетъ въ разрѣзъ рѣдко, только при проведеніи разрѣза далеко внизъ и кнутри. Разрѣзъ, стало быть, почти безкровный, только 2—4 лигатуры на мышечныя вѣтви; тоже самое и annulus inguinalis остается обыкновенно не тронутымъ.

При положеніи гнойника близко къ передней брюшной стѣнкѣ, послѣдняя бываетъ отечна уже въ подкожномъ слоѣ; эта отечность облегчаетъ послойное отдѣленіе верхнихъ слоевъ: кожи съ подкожнымъ слоемъ, поверхностной фасціи (fasciae superficialis), апоневроза наружной косой мышцы, но зато стушевываетъ глубже лежащіе слои: внутренній косой мышцы, поперечной мышцы и поперечной фасціи и брюшины, такъ какъ здѣсь кромѣ отека присоединяются уже и другіе воспалительные элементы, такъ что отдѣльные слои здѣсь какъ бы сливаются въ однородное цѣлое. Въ этихъ случаяхъ особенно надо быть осторожнымъ при приближеніи къ брюшинѣ, которую нѣтъ никакой возможности отличить и поэтому въ случаяхъ сращеній съ нею стѣнной кишки легко поранить послѣднюю.

Наружная косая мышца только при болѣе высокомъ положеніи гнойника попадаетъ въ область разрѣза своей мышечной частью, обыкновенно же только апоневротическимъ растяженіемъ, которое и разрѣзается по ходу волоконъ; по разведеніи краевъ раны кожи съ апоневротическимъ растяженіемъ послойно разсѣкаютъ поперегъ мышечныя волокна внутренней косой и поперечной мышцъ, волокна послѣдней мышцы идутъ также въ косомъ направленіи, но все-таки не вполнѣ совпадаютъ съ направленіемъ волоконъ апоневроза наружной косой мышцы и поэтому ихъ приходится также разсѣкать; fascia transversa также имѣетъ поперечныя волокна, и поэтому также разсѣкается ножемъ, предбрюшинный же жировой слой легко раздѣляется тупымъ путемъ. Обнаживши такимъ образомъ брюшину, слѣдуетъ ощупать пальцами положеніе гнойника и затѣмъ уже вскрыть его, а если онъ немного отклоняется кнаружи отъ разрѣза, то попытаться немного отдѣлить брюшину отъ подвздошной

ямки и затѣмъ вскрыть, въ противномъ же случаѣ, т. е. когда ощупываніе не даетъ указанія на предлежаніе гнойника къ брюшинѣ, тутъ же вскрыть ее и идти къ гнойнику черезъ *свободную брюшную полость*.

Болѣе близкое положеніе разрѣза къ sp. ant. sup. или къ Пупартовой связкѣ (какъ предлагаетъ Roux) только въ слабой степени уменьшаетъ шансы на послѣдовательное развитіе грыжъ: пожалуй, оно можетъ сказаться только на величинѣ эвентраціи, но совершенно ихъ не предупредитъ.

Для предупрежденія развитія грыжъ и для лучшаго дренажа Fowler предлагаетъ къ косому разрѣзу присоединять *перпендикулярный*, идущій отъ средины косого къ sp. ant. sup. Присоединеніе этого разрѣза, безспорно, облегчаетъ стокъ гноя и дренированіе гнойника, но едва ли онъ можетъ сдерживать развитіе грыжъ, наоборотъ, поперечное разсѣченіе волоконъ апоневроза должно только значительно способствовать развитію большихъ эвентрацій.

Для цѣлей наилучшаго ориентированія Fowler же предлагаетъ присоединять къ верхнему концу косого разрѣза перпендикулярный къ нему въ сторону пупка.

При положеніи гнойника ближе къ срединной линіи разрѣзъ брюшныхъ покрововъ проводится *вертикально черезъ прямую мышцу живота* (m. rectus abd.) *у наружнаго его края*. Этотъ разрѣзъ нѣкоторые хирурги (Mc Arthur, Mc Burney, Fowler, Murphy, Battle, Deaver, Stimpson и др.) предпочитаютъ и при обыкновенныхъ случаяхъ, а особенно при рецидивирующей формѣ въ нѣляхъ, будто бы, наилучшаго ориентированія и наиболѣе удобнаго удаленія червеобразнаго отростка. Слон, которые приходится разсѣкать здѣсь, слѣдующіе: кожа съ подкожнымъжиромъ, fascia superficialis, передняя пластинка фибрознаго влагалища прямой мышцы, прямая мышца, разсѣкающаяся здѣсь тупымъ путемъ (рукояткой скальпеля) вдоль волоконъ, поперечная фасція (на 2—3 пальца ниже пупка задней пластинки влагалища нѣтъ), предбрюшинный слой и брюшина. Разрѣзъ начинается немного ниже поперечной пупочной линіи и проводится внизъ смотря по величинѣ перитифлитической опухоли. Въ нижнемъ углу раны по задней поверхности прямой мышцы попадаетъ въ разрѣзъ art. epigastrica inf., идущая здѣсь поперекъ черезъ линію разрѣза вверхъ къ наружному краю прямой мышцы, артерію сопровождаетъ здѣсь одна, часто двѣ довольно крупныхъ вены, которыя и приходится пересѣкать, тогда какъ art. epigast. иногда удается сдвинуть въ сторону, кромѣ того, при этомъ разрѣзѣ

приходится пересѣкать порядочное количество мышечныхъ артеріальныхъ вѣтвей и нервовъ.

Lennander [1]) для избѣжанія раненій нервовъ и vasa epigastrica—раненій, ведущихъ къ атрофіи мышцъ и тѣмъ благопріятствующихъ послѣдовательному развитію грыжъ на мѣстѣ рубца, рекомендуетъ при боковыхъ вертикальныхъ разрѣзахъ, въ особенности при рецидивирующихъ перитифлитахъ, не разсѣкать прямую мышцу, *а сдвинуть ее въ сторону кнутри;* разрѣзъ черезъ переднюю стѣнку влагалища ведутъ на $^1/_2$—$1^1/_2$ снтм. кнутри отъ наружнаго края прямой мышцы, *рану какъ можно меньше вытирають и ощупывають, чтобы напрасно не травматизировать рыхлую клѣтчатку*, несущую сосуды, затѣмъ наружный край прямой мышцы освобождается и сдвигается кнутри, послѣ чего обнажаются 1 или 2 нерва въ сопровожденіи сосудовъ, идущіе въ косомъ направленіи черезъ операціонное поле къ прямой мышцѣ. Сосуды перерѣзаются и перевязываются, а нервы при небольшихъ разрѣзахъ отдѣляются и оттягиваются внизъ и вверхъ. Теперь вскрываются поперечная фасція и брюшина въ соотвѣтствіи съ кожнымъ разрѣзомъ. При большихъ разрѣзахъ, а особенно при гнойникахъ, эти мѣры предосторожности могутъ быть соблюдены, конечно, только въ извѣстныхъ границахъ. Kammerer [2]), придавая нервамъ такое же большое трофическое значеніе, рекомендуетъ, въ случаѣ необходимости ихъ разсѣченія, сшивать ихъ потомъ при окончаніи операціи. Разрѣза у наружнаго края m. abd. recti съ разсѣченіемъ влагалища его и съ оттягиваніемъ внутрь самой мышцы придерживаются также Jalanguier [3]), Вреденъ [4]) и др.

При высокомъ положеніи перитифлитической опухоли такой же вертикальный разрѣзъ проводится черезъ прямую мышцу, *начиная отъ реберная края до поперечной пупочной линіи* и ниже; здѣсь уже влагалище прямой мышцы имѣетъ крѣпкую заднюю стѣнку и вмѣсто art. epigastr. infer. имѣется art. epigastrica superior, но она лежитъ ближе къ внутреннему краю.

---

[1]) Lennander, K. G. Ueber den Bauchschnitt durch eine Rectusscheide mit Verschiebung des medianen oder lateralen Randes des Musculus rectus.—Centralbl. f. Chir. № 4. 1898.

[2]) Kammerer F. Remarks on the incision at the outher border of the rectus for appendicitis.—Med. Rec June 10. 1899.

[3]) Jalanguier. Traitement de l'appendicite. Procédé opér. destiné à assurer la reconsit. solide de la paroi abdom.—La presse méd. № 10. 1897.

[4]) Вреденъ, Р. Р. Радикальное оперативное леченіе аппендицита въ періодѣ затишья.—1-й Съѣздъ Русскихъ Хирурговъ въ Москвѣ 1900.—Хирургія 1901.—Засѣд. Русск. Хирург. Общества Пирогова въ С.-Петербургѣ. 31-го янв. 1901 г.

Нижній вертикальный разрѣзъ въ нашихъ случаяхъ примѣнялся въ случ. №№ 29 и 47, а верхній—въ случ. № 43. Въ этомъ случаѣ гнойникъ лежалъ между петлями кишекъ въ углу между colon ascend. и впадающимъ въ слѣпую кишку концомъ подвздошной кишки.

Среднее положеніе между косымъ разрѣзомъ и боковымъ вертикальнымъ занимаетъ разрѣзъ, практикуемый по преимуществу американскими хирургами (Morton[1], Worcester[2], Battle[3], Deaver[4] и др.) по *l. semilunaris*—линіи перехода всѣхъ трехъ брюшныхъ мышцъ: mm. obliqui ext, int. et transvers—въ апоневротическое растяженіе; эта линія выдѣляется по разрѣзъ кожи своимъ блестящимъ цвѣтомъ), или же разрѣзъ *параллельный l. semilunaris кнаружи или кнутри отъ нея*. При разрѣзѣ кнаружи отъ lineae semilunaris разрѣзается кожа, *fascia superficialis*, апоневрозъ наружной косой мышцы, мышечные пучки внутренней косой мышцы и поперечной мышцы, поперечная фасція, предбрюшинный жиръ и брюшина. При разрѣзѣ кнутри отъ l. semilunaris разрѣзается кожа, fascia superficialis, передняя стѣнка влагалища прямой мышцы, часть задней стѣнки влагалища (вверху, а внизу ея нѣтъ), поперечная фасція, предбрюшинный жировой слой и брюшина. При послѣднемъ разрѣзѣ меньше шансовъ на образованіе грыжъ, чѣмъ при первомъ и въ особенности меньше, чѣмъ при разрѣзѣ по l. semilunaris: ибо разрѣзъ кнутри отъ l. semilunaris есть собственно вертикальный разрѣзъ черезъ прямую мышцу, только болѣе близкій къ ея краю—эта область болѣе богата сосудами, тогда какъ разрѣзъ по l. semilunaris идетъ черезъ область, бѣдную кровеносными сосудами, поэтому при этомъ разрѣзѣ часто случается, что находящіеся здѣсь апоневротическіе пучки отмираютъ и выдѣляются; при разрѣзѣ же кнаружи отъ l. semilunaris пересѣкаются поперекъ мышечныя волокна.

Почти однозначущъ съ наружнымъ разрѣзомъ, параллельнымъ l. semilunaris, разрѣзъ, предложенный Schüller'омъ[5] и Sand'омъ на палецъ кнутри отъ средины разстоянія между sp. ant. sup. и пупкомъ и параллельно срединной линіи. Этотъ разрѣзъ, въ общемъ,

[1]) Morton Th. G. The treatment of peri-caecal inflammation.—Journ. of the Amer. med. Assoc. vol X. № 3. 1888.

[2]) Worcester A. The treatment of appendicitis.—Boston med. and surg. Journ. CXXVII. № 5. 1892.

[3]) Battle W. H. Surgical treatment of diseases of the appendix vermiformis. Brit. med. Journ. 17 Apr. 1897.

[4]) Deaver J. B. Remarks upon some points in the technique of the operation for appendicitis.—Annals of Surgery. Jan. 1898.

[5]) Schüller. Arch. f. klin. Chir. 36 Bd. 4 H. 1889.

соотвѣтствуетъ срединѣ слѣпой кишки и положенію червеобразнаго отростка, но соотношенія слоевъ брюшной стѣнки тѣже, что и при разрѣзѣ, параллельномъ l. seminaluris кнаружи отъ нея и по этимъ же причинамъ этотъ разрѣзъ не выгоденъ.

Fowler[1]) недавно предложилъ свой *крючковидный разрѣзъ* черезъ Mc Burney'евскую точку: одно колѣно идетъ перпендикулярно къ оси туловища, а другое параллельно наружному краю прямой мышцы живота. Апоневрозъ наружной косой мышцы разсѣкается по ходу волоконъ; внутренняя же косая и поперечная мышцы и брюшина разсѣкаются поперекъ. Разрѣзъ этотъ, будто бы, даетъ болѣе широкое поле дѣйствія и предохраняетъ отъ развитія грыжъ.

Weir et Hohn[2]) для большого доступа въ брюшную полость рекомендуютъ къ обычному разрѣзу для перитифлита присоединять еще *поперечный* съ пересѣченіемъ прямой мышцы живота; послѣ сѣченія прямая мышца сокращается и такимъ образомъ получается широкій доступъ. По окончаніи операціи накладываетъ швы на разсѣченную прямую мышцу и на остальной разрѣзъ, если оперировали во внѣприпадковомъ періодѣ.

При высокомъ положеніи гнойника надъ подвздошной ямкой, но *кнаружи* отъ colon ascendens, *разрѣзъ проводится отъ реберную края немного косо кпереди и кнутри къ sp. ant. sup. или къ crista ilei*, какъ произведено нами въ случаѣ № 71. Здѣсь m. obliquus ext. и даже m. obliquus internus можно раздѣлить тупымъ путемъ рукоятокъ скальпеля по ходу волоконъ, но m. transversus разсѣкается поперекъ. Не смотря, однако, на продольное разсѣченіе мышцъ, развитіе грыжъ не предупреждается, какъ и было въ нашемъ названномъ случаѣ.

Послѣдній разрѣзъ служитъ переходомъ къ такъ называемымъ *поясничнымъ разрѣзамъ*.

Поясничные разрѣзы практиковались уже давно (Bugge[3], Weir[4], Hartley[5] Lange[6]) и многіе др.) на раду съ пробными пункціями въ поясничной области, главнымъ образомъ въ раз-

[1]) Fowler. A new and improved method of entering the abdominal cavity in ileocaecal region, with special reference to the removal of the vermiform appendix. The med. News. № 9. 1900.

[2]) Weir et Hohn. XIII Intern. Congrès de méd. à Paris. 1900.

[3]) Bugge. V. Norsk Magazin for Laegevidenskab. 1881.

[4]) Wier.—Med. Rec. June 11. 1887.

[5]) Hartley Fr.—Med. Rec. Aug. 1890.

[6]) Lange F. New-York med. Monatsschrift. № 3 u. 4. 1896.

счетъ на меньшую возможность вскрытія свободной брюшной полости и раненія слѣпой кишки, а также и для цѣлей наилучшаго стока гноя. Разрѣзъ проводился по методу Burchardt'a [1]), отступя на 2 дюйма кпереди отъ m. longissimus dorsi и идя послойно впередъ надъ crista ilei до опухоли.

Въ послѣднее время поясничные *разрѣзы* опять начали рекомендовать съ различныхъ сторонъ и по преимуществу въ предупрежденіе развитія грыжъ. Такъ, Vischer [2]) предлагаетъ *поперечный поясничный разрѣзъ* на 1 дюймъ выше и параллельно crista ilei, начиная отъ наружнаго края m. obliquus externus и идя впередъ къ точкѣ, соотвѣтствующей sp. ant. sup. или, въ случаѣ необходимости, немного кпереди отъ нея. Разрѣзавъ кожу и апоневрозъ, разсѣкаютъ m. obliquus ext., который здѣсь прекрасно развитъ и волокна котораго направляются здѣсь почти вертикально; затѣмъ раздѣляются mm. obliquus internus et transversus, которые также хорошо развиты здѣсь и волокна которыхъ идутъ приблизительно въ одинаковомъ направленіи; по раздѣленіи ихъ обнажается fascia transversa, которая вмѣстѣ съ брюшиной вскрывается въ вертикальномъ направленіи въ самой низшей точкѣ. Самая большая невыгода этого разрѣза—это глубина раны, которая у тучныхъ субъектовъ сильно затрудняетъ манипуляціи. Кровотеченіе изъ небольшой мышечной вѣточки art. circumflexa ilei легко контролируется. Преимущества же этого разрѣза: 1) положеніе раны и поэтому, будто бы, почти невозможность образованія грыжи даже при заживленіи per granulationem; 2) наилучшій стокъ, такъ какъ гнойная полость дренируется въ самой низшей точкѣ и 3) легкость, съ которой отыскивается слѣпая кишка и червеобразный отростокъ, почему этотъ разрѣзъ весьма пригоденъ при операціи рецидивирующей формы.

Подобный же разрѣзъ въ поясничной области предложилъ Grinda [3]) на XII международномъ съѣздѣ въ Москвѣ, но къ *поперечному разрѣзу* онъ присоединяетъ еще *вертикальный вдоль края поясничныхъ мышцъ: поясничнo-подвздошный разрѣзъ*; поперечный разрѣзъ ведется на разстояніи пальца отъ crista ilei и параллельно къ ней, не доходя сntm. на три до sp. sup. ant. Этотъ

[1]) Burchardt. On operative Interference in acute perforative Typhlitis. N. Y. Med. Journ. Jan. 1881.

[2]) Vischer. C. B. A new incision for the removal of the appendix vermiformis. Annals of Surgery 1897.

[3]) Grinda. De l'incision lombo-iliaque dans les appendicites suppurées.—Gaz. des hôp. 7 sept. 1897.—Comptes-rendus du XII congrès international de méd. à Moscou 7—14 août 1897.

разрѣзъ показанъ, по Grinda, во всѣхъ случаяхъ, гдѣ перитифлитическій гнойникъ предполагается позади слѣпой кишки. Признаки же такого положенія гнойника: присутствіе болевой точки въ trigonum Petiti, незначительная болѣзненность въ Mc Burney'евской точкѣ, особенное чувство полноты и напряженія въ правой поясничной области и ясность перкуторнаго звука въ правой подвздошной области.—Этотъ же разрѣзъ у мѣста и въ тѣхъ случаяхъ, когда локализація гнойника неопредѣленна и когда нѣтъ ни притупленія, ни

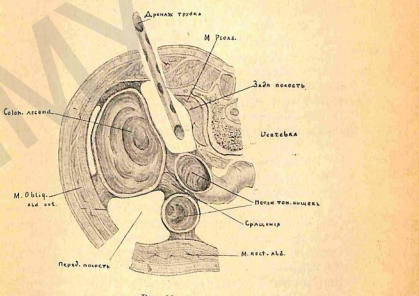


Рис. 32.

Изображены передняя и задняя полости гнойника; въ задней полости вставлена дренажная трубка черезъ противоотверстіе въ поясничной области.

пастозности въ правой подвздошной области. При этомъ разрѣзъ опасность развитія грыжъ на мѣстѣ рубца, по Grinda, совершенно отсутствуетъ, дренированіе раны наиболѣе совершенное, свободная брюшная полость остается въ сторонѣ и нѣтъ опасности поранить кишечныхъ петель, часто заложенныхъ между слѣпой кишкой и передней брюшной стѣнкой и, наконецъ, при этомъ разрѣзѣ, будто бы, наилучшимъ образомъ обнажается слѣпая кишка и червеобразный отростокъ.

Поясничный разрѣзъ бываетъ весьма пригоденъ какъ *противо-*

отверстіе для передняго разрѣза при большихъ гнойникахъ, лежащихъ кнаружи или кнутри отъ colon ascendens и слѣпой кишки. Въ нашихъ случаяхъ онъ былъ произведенъ въ случаяхъ №№ 5, 21, 32, 59 и 65. Противоотверстіе въ поясничной области значительно улучшаетъ дренированіе гнойной полости и поэтому значительно сокращаетъ срокъ заживленіе раны, въ особенности передней, которая очень скоро начинаетъ выполняться и рубцеваться, для дренированія же задней гнойной полости бываетъ достаточно одной широкой дренажной трубки, вводимой въ противоотверстіе сзади. Рис. 32 къ случ. № 59 наглядно показываетъ положеніе гнойной полости и выгодное отношеніе къ ней противоотверстія сзади въ поясничной области.

При неясномъ положеніи гнойника Wylie [1]), Gerster [2]) и др. рекомендуютъ дѣлать разрѣзъ по *срединной линіи* съ цѣлью ввести руку въ брюшную полость и, опредѣливши мѣсто, гдѣ нарывъ срощенъ съ брюшной стѣнкой, вколоть тамъ троакаръ и затѣмъ вскрыть нарывъ, предварительно закрывши брюшную рану по срединной линіи.

При *положеніи гнойника въ полости малаго таза* доступъ къ нему черезъ переднюю брюшную стѣнку безъ вскрытія свободной брюшной полости весьма затруднителенъ и во многихъ случаяхъ невозможенъ. Въ этихъ случаяхъ нѣкоторыми хирургами дѣлается разрѣзъ передней брюшной стѣнки, но прежде чѣмъ вскрыть брюшину, отслаиваютъ ее до уровня или ниже входа въ тазъ. Этотъ путь по техникѣ весьма труденъ и часто при глубоко сидящихъ въ полости таза нарывахъ совершенно невозможенъ. Взамѣнъ этого Stimson, Lennander, Lange, Allis [3]), Monod et Vanverts [4]), Körte, Borchardt, Duchamp [5]) Rotter [6]), Langemak [7]), и мн. др. предлагаютъ дѣлать разрѣзъ *per rectum*, и у женщинъ *per vaginam*.

---

[1]) Wylie W. G. Med. Record. Febr. 15. 1890.
[2]) Gerster. Revue de chirurgie, 10 jan. 1895.
[3]) Allis, O. H. Note on drainage through the rectum of pelvic abscesses due to appendicitis.—Annals of Surgery. March. 1896.
[4]) Monod, Ch. et Vanverts J. Arch. générales de méd. Mai 1898.
[5]) Duchamp. Loire médicale. Déc. 15. 1898.
[6]) Rotter. Zur Behandlung der ac. Perityphlitis.—Verhand. d. deutsch. Gesellsch. f. Chir. XXX Congr. 1901.
— Zur Pathologie und Therapie der Douglasabscesse bei Perityptlitis.—Deutsche med. Wochensch. № 39. 1900.
[7]) Langemak O. Ueber die rectale Exploration und Incision perityphlitischez Exsudate.—Beiträge zur klin. Chir. XXIX. 1900.

Buck [1]) еще въ 1861 г. опорожнилъ тазовой гнойникъ пункціей per rectum, а въ 1879 году Merriam [2]) сообщилъ случай перитифлита, начавшійся признаками общаго перитонита; на 13-ый день констатировано зыбленіе *per rectum*. Послѣ опорожненія per rectum посредствомъ аппарата Dieulafoy въ одинъ пріемъ $1^3/_4$ пинты вонючаго гноя наступило улучшеніе. Allis, вскрывшій въ трехъ случаяхъ перитифлитическій нарывъ черезъ прямую кишку, получилъ во всѣхъ случаяхъ болѣе быстрое выздоровленіе, чѣмъ при обычномъ методѣ вскрытія, что онъ объясняетъ тѣмъ, что разрѣзъ приходится въ самой низшей точкѣ, удобной для стока. У Lange же изъ 5 оперированныхъ имъ случая *per rectum* въ 3 случаяхъ пришлось прибѣгнуть къ добавочному разрѣзу надъ Пупартовой связкой. Duchamp получилъ въ 1 случаѣ хорошій результатъ.

Langemak также въ нѣсколькихъ случаяхъ вскрытія гнойника черезъ прямую кишку получилъ выздоровленіе.

Въ послѣднее время этотъ методъ весьма рекомендуетъ Rotter при тазовыхъ перитифлитахъ и также при общихъ перитонитахъ. Примѣненіе этого метода, будто бы, значительно понизило у него % смертности оперированныхъ общихъ перитонитовъ.

Вообще же методъ вскрытія гнойниковъ *per rectum* не пользуется популярностью, такъ какъ здѣсь приходится манипулировать въ темную, и поэтому есть опасность пораненія здоровой брюшины, а главнымъ образомъ, трудно справиться съ легко могущимъ быть здѣсь кровотеченіемъ; легко происходитъ здѣсь также нежелательное загрязненіе гнойной полости кишечнымъ содержимымъ; наконецъ, очень затруднительно дренированіе полости per rectum.—Для болѣе свободнаго доступа въ rectum совѣтуютъ разсѣкать sphincter ani и затѣмъ уже вскрывать стѣнку кишки (Tietze [4]).

Во избѣжанія вскрытія *per rectum* Monod et Vanverts рекомендуютъ у мужчинъ и дѣвочекъ испробовать *сѣдалищно-кишечный разрѣзъ*, предложенный Polosson'омъ на основаніи изысканій на трупахъ, а Karl Koch [5]) предлагаетъ *возлѣкрестцовый* или

---

[1]) Buck. G. Amer. Med. Times. III. p. 258—1861.
[2]) Merriam. Perityphlitic abscess, treated with aspiration through rectum Buff. med. and surg. Journ. Dec. 1879.
[3]) Tietze. Die chirurg. Behandl. d. ac. Peritonitis—Mitt. aus d. Grenzgeb. d Med. u. Chir. V. Bd. I. H. 1899.
[4]) Koch Karl. Ueber die Eröffnung der in kleinem Becken (Douglas) sich bildenden perityphlitischen Abscesse durch den parasacralen Schnitt.— Munchener med. Wochenschrift № 1. 1899.

pararectal'ный или *parasacral'ный разрѣзъ*,—производимый слѣдующимъ образомъ: положеніе какъ для камнесѣченія съ приподнятымъ тазомъ, разрѣзъ по промежности, начиная вправо отъ средней линіи, огибая слѣва задній проходъ и съ переходомъ за основаніе копчиковой кости; разрѣзавъ мышцы и связки, тупо проникаютъ черезъ клѣтчатку между мочеиспускательнымъ каналомъ и прямой кишкой до гнойника. K. Koch удачно оперировалъ такимъ образомъ въ 3 случаяхъ. Однако, еще за 2 года передъ тѣмъ Heller [1]) въ засѣданіи Нюренбергскаго врачебнаго общества сообщилъ случай, оперированный Koch'омъ по сказанному способу, гдѣ черезъ $^1/_2$ года опять показалась опухоль, прощупываемая рег rectum, куда она и прорвалась, послѣ чего наступило полное выздоровленіе. Этотъ случай показываетъ, что замѣна вскрытія гнойника рег rectum болѣе сложнымъ методомъ едва ли удачна. Разрѣзъ по промежности и *parasacral'ный*, рекомендуются также Rotter'омъ, Delanglade'омъ [2]), Port'омъ [3](и Stieda [4]).

Вскрытіе гнойника рег vaginam (еще и въ прежнее время, какъ самопроизвольный прорывъ, считавшееся благопріятнымъ моментомъ), по техникѣ весьма нетрудно и его можно настойчиво рекомендовать въ подходящихъ случаяхъ, такъ какъ оно даетъ отличный стокъ. Однако, въ качествѣ самостоятельнаго метода разрѣзъ рег vaginam примѣнимъ лишь въ рѣдкихъ случаяхъ; а случаи Duehrssen'а, удалившаго даже червеобразный отростокъ черезъ разрѣзъ передняго свода (*kolpocoeliotomia superior*), относятся къ исключительнымъ. Болѣе же часто къ вскрытію черезъ рукавъ приходится прибѣгать, какъ къ *противоотверстію* послѣ предварительнаго вскрытія гнойника черезъ переднюю брюшную стѣнку при затекахъ или при распространеніи перитифлитическихъ гнойниковъ изъ правой подвздошной ямки въ полость таза. Въ этихъ случаяхъ противоотверстіе дѣлается легко: тупымъ путемъ при помощи корцанга, съ силою продигаемаго изъ рукава черезъ задній сводъ; толстая дренажная трубка, вставляемая въ образованное отверстіе, отлично отводитъ содержимое гнойника, такъ что переднюю рану можно тампонировать весьма рыхло и не

[1]) Heller. Münch. med. Wochenschrift. p. 1007 1897.
[2]) Delanglade. De l'incision prerectale des abscés pelviens appendiculaires. Bull. de chir. p. 600 и 857. 1900.
[3]) Port. K. Die Eröffnung perityphlitischer Douglasabscesse vom Parasacralschnitt aus. Münch. med. Gdocheuschr. XLVIII. 4. 1901.
[4]) Stieda. Ueber die Eröffnung der Bauchhöhle vom kleinen Becken aus. Deut. Zeitschr. f. Chir. Bd. 51.

глубоко и вслѣдствіе того она быстро выполняется. У мужчинъ, въ подобныхъ случаяхъ, противоотверстіе дѣлается въ прямой кишкѣ, но этотъ методъ вскрытія гнойника, какъ въ видѣ самостоятельнаго, такъ и дополнительнаго пріема гораздо менѣе популяренъ, чѣмъ разрѣзъ черезъ влагалище у женщинъ. При наложеніи противоотверстія въ прямую кишку также слѣдуетъ пользоваться тупыми инструментами—корцангомъ и т. п. Кровотеченіе останавливается тампонадой или обшиваніемъ. Къ наложенію противоотверстія рг rectum слѣдуетъ прибѣгать только въ тѣхъ случаяхъ, когда слой тканей, раздѣляющій полость абсцесса отъ прямой кишки, не толстъ.

При вскрытіи перитифлитическаго гнойника тѣмъ или другимъ разрѣзомъ, а главнымъ образомъ разрѣзомъ черезъ переднюю брюшную стѣнку, центръ тяжести лежитъ во *вскрытіи брюшины*. Идеальнымъ мѣстомъ вскрытія брюшины должно быть то, гдѣ перитифлитическая опухоль непосредственно сросщена съ брюшиннымъ листкомъ, такъ какъ въ противномъ случаѣ вскрывается свободная брюшная полость, что надо признать не желательнымъ осложненіемъ операціи.

Во избѣжаніе вскрытія и загрязненія свободной брюшной полости выработаны различныя мѣры предосторожности, которыя особенно были въ ходу въ прежнее время, когда еще господствовалъ большой страхъ передъ чувствительностью брюшины къ зараженію. Особенно въ ходу была тогда *пробная пункція* по обнаженіи брюшины и вскрытіе брюшины по иглѣ или зонду («Leitungssonde»). Этотъ пріемъ удержанъ и по настоящее время многими хирургами (Körte, Bokhardt и др.). Wylie [1]) же рекомендовалъ въ случаяхъ, когда гнойникъ не подошелъ къ передней брюшной стѣнкѣ, прежде пунктировать и аспирировать гной, послѣ чего промыть полость антисептическимъ растворомъ, а затѣмъ уже вскрыть гнойникъ и дренировать.

Для цѣлей же скорѣйшаго приближенія гнойника къ брюшной стѣнкѣ практиковалась также, по разрѣзѣ всѣхъ слоевъ до брюшины, тампонада брюшной раны, т. называемый—*двухмоментный методъ*, разработанный и широко употреблявшійся Sonnenburg'омъ. Къ необходимости двухмоментной операціи Sonnenburg пришелъ на основаніи тѣхъ соображеній, что въ то время онъ признавалъ существованіе, съ одной стороны, тифлитовъ съ серозно-фибринознымъ экссудатомъ, гдѣ операція не показана, а съ другой перитифлитовъ съ при-

[1]) Wylie.—Med. Record. Febr. 15. 1890.

сутствіемъ гноя, подлежащихъ обязательному хирургическому леченію, а такъ какъ дифференціальный діагнозъ между той и другой формой часто бываетъ трудент, а пробная пункція безполезна и опасна, опасно вскрытіе свободной брюшной полости, а между тѣмъ необходимо наивозможно скорое опорожненіе гнойника, то при такихъ условіяхъ и необходима двухмоментная операція. Преимущества ея Sonnenburg выставлялъ тѣ, что при разрѣзѣ брюшной стѣнки по отечности ея можно предполагать присутствіе экссудата. По разрѣзѣ же брюшной стѣнки напряженіе ея уменьшается и вслѣдствіе этого легче прощупать мѣстонахожденіе экссудата. При послѣдовательномъ проведеніи гнойника въ брюшную полость при имѣющемся разрѣзѣ легче попасть въ гнойникъ и тѣмъ остановить перитонитъ. По разрѣзѣ до брюшиннаго листка дѣлаютъ пробную пункцію и если не получено гноя, то рану тампонируютъ іодоформной марлей. Черезъ нѣсколько дней перевязка и 2-ая пункція, затѣмъ слѣдующая перевязка сколько дней перевязка и 2-ая пункція, затѣмъ слѣдующая перевязка съ пункціей и т. д., пока не найдутъ гноя. Предполагалось, что благодаря разрѣзу экссудатъ съ теченіемъ времени приближается къ нему, какъ меньшей точкѣ сопротивленія.

Въ недавнее время Quenu [1]) предложилъ пріемъ, аналогичный двухмоментному методу, именно *по вскрытіи уже брюшины* вставить іодоформный тампонъ въ соприкосновеніи со слѣпой кишкой гезр. гнойникомъ, чѣмъ обезпечивается, будто бы, опорожненіе гноя наружу. Этотъ же методъ предложилъ еще раньше Stimpson [2]) съ тою разницею, что онъ рекомендуетъ не дожидаться во всѣхъ случаяхъ произвольнаго вскрытія гнойника, а приступать къ нему черезъ нѣсколько дней послѣ тампонады. Послѣдняго же метода держится также Tietze.

Описываемый пріемъ есть собственно видоизмѣненный методъ тампонады Mikulicza, который, какъ извѣстно, предложилъ свой методъ вначалѣ при удаленіи опухолей изъ брюшной полости, чтобы выполнить остающіеся мертвые углы. Его методъ состоялъ въ томъ, что по удаленіи опухоли получающійся слѣпой уголъ выстилался мѣшкомъ изъ рѣдкой іодоформной марли, наполняемымъ потомъ іодоформными тампонами. При перевязкахъ тампоны удалялись, а потомъ удалялся и самъ мѣшокъ. Впослѣдствіи этотъ методъ стали употреблять какъ предварительный моментъ при вскрытіи гнойниковъ черезъ здоровую брюшную полость, т. е. какъ только

[1]) Quenu. Indications thérapeutiques et traitement opérative de l'appendicite aigue.—Gaz. méd. de Paris. № 20. 1895.

[2]) Stimson. Annals of Surgery Apr. 1891.

что сказано: вскрывши брюшину, пространство между брюшной раной и гнойникомъ выполняютъ тампономъ по Mikulicz'y и спустя нѣкоторое время вскрываютъ гнойникъ.

Ради той же цѣли избѣгнуть вскрытія свободной брюшной полости Stimpson, Sonnenburg и др. предлагаютъ по послойномъ разсѣченіи брюшной стѣнки вплоть до брюшины отслаивать послѣднюю отъ боковой и задней стѣнки подвздошной ямки и тупо *подкапываться къ гнойнику сзади*, пока не прорвешь его (см. стр. 517—518).

Однако, съ тѣхъ поръ, какъ операціи надъ брюшной полостью и экспериментальныя изслѣдованія показали, что брюшина обладаетъ высокой степенью сопротивляемости къ вредоноснымъ агентамъ и что имѣются средства къ предупрежденію зараженія свободной брюшной полости даже при операціяхъ надъ гнойниками въ ея сосѣствѣ, всѣ выше перечисленныя мѣры предосторожности утратили значительную долю своего значенія.

Средствомъ къ предупрежденію зараженія свободной брюшной полости является ограниченіе *ея тампонами*, вводимыми вокругъ вскрываемаго гнойника во всѣ стороны брюшной полости между брюшной стѣнкой и сосѣдними кишечными петлями и *отграничивающими* такимъ образомъ гнойникъ и небольшую часть свободной брюшной полости, лежащую надъ гнойникомъ отъ остальной брюшной полости.

Въ Россіи этотъ методъ вскрытія внутрибрюшныхъ гнойниковъ и въ особенности перитифлитическихъ черезъ свободную брюшную полость при содѣйствіи *отграничивающихъ тампоновъ* въ совершенствѣ разработанъ д-ромъ Алексѣемъ Алексѣевичемъ Трояновымъ, занѣдующимъ хирургическимъ отдѣленіемъ С.-Петербургскимъ Городской Мужской Обуховской Больницы и его учениками.

Объясненіе, почему послѣ вскрытія гнойника и загрязненія, иногда очень обильнаго, гноемъ отграничивающихъ тампоновъ, проведенныхъ въ свободную брюшную полость, не происходитъ зараженія и воспаленія послѣдней, мы находимъ въ прекрасной работѣ д-ра Преображенскаго [1]), основательно изучившаго физическую сторону наиболѣе употребительныхъ перевязочныхъ матеріаловъ. По его изслѣдованіямъ оказывается, что отведеніе раневыхъ

[1]) Преображенскій М. Я. Физическая антисептика при леченіи ранъ.— Дисс. С.-Петербургъ. 1894.

отдѣленій марлевыми тампонами, основанное на капиллярности послѣднихъ, всегда происходитъ въ сторону наибольшаго испаренія, т. е. въ сторону наружной повязки. При введеніи отграничивающихъ тампоновъ въ брюшную полость и наложеніи поверхъ нихъ гигроскопическаго перевязочнаго матеріала токъ раневого отдѣляемаго по тампонамъ происходитъ не по направленію къ свободной брюшной полости, а въ противоположномъ направленіи—къ повязкѣ,—этому току вверхъ иногда довольно густого гноя, загрязняющему отграничивающіе тампоны, много способствуетъ также весьма обильная эксудація брюшины, реактивно вызванная введенными тампонами въ тѣхъ частяхъ ея, гдѣ тампоны приходятъ въ соприкосновеніе съ нею. Эти выдѣленія значительно разжижаютъ гнойную жидкость вскрытаго гнойника и тѣмъ облегчаютъ поднятіе гноя по капиллярамъ тампоновъ. Дѣйствительно, при смѣнѣ тампоновъ черезъ нѣсколько дней мы видимъ, что, какъ бы не были обильны отдѣленія изъ гнойной полости и какъ бы не были загрязнены отграничивающіе тампоны, иногда очень вонючей жидкостью, концы ихъ, находившіеся въ свободной брюшной полости, остаются чистыми, смоченными только серозной, своеобразно пахнущей жидкостью. Затѣмъ очень скоро вокругъ введенныхъ тампоновъ въ сторону свободной брюшной полости образуются реактивныя фибринозныя, вначалѣ очень нѣжныя и съ теченіемъ болѣе плотныя склейки между тампонами и серозными покровомъ, чѣмъ еще надежнѣе свободная брюшная полость ограждается отъ инфецированія изъ первоначальнаго очага. Въ первое время, введенные марлевые тампоны конечно, дѣйствуютъ въ указанномъ направленіи только благодаря своимъ физическимъ свойствамъ, а въ послѣдующіе время на подмогу имъ является слипчивый перитонитъ вокругъ нихъ.

Благодаря сказаннымъ свойствамъ отграничивающихъ тампоновъ и реакціи здоровой брюшины почти безнаказано можно вскрывать черезъ свободную брюшную полость подъ защитой ихъ гнойники съ самой сильной вирулентностью ихъ возбудителей, разъ только отграниченіе тампонами произведено вполнѣ совершенно.

Еще Krafft въ 1888 году не боялся вскрывать брюшины при операціяхъ перитифлитическихъ гнойниковъ, увѣряя, что воспаленіе брюшины бываетъ при этомъ не чаще, чѣмъ при вылущеніи прямой кишки со вскрытіемъ брюшины. Онъ, однако, еще не зналъ спасительнаго дѣйствія отграничивающихъ тампоновъ и въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ ему приходилось вскрывать брюшину, онъ, спинъ

ее, вставлялъ до дна гнойной полости дренажъ, черезъ который промывалъ рану ежедневно. Несмотря на этотъ весьма несовершенный методъ, онъ всетаки получалъ не совсѣмъ плохіе результаты, но которые при употребленіи отграничивающихъ тампоновъ ни въ коемъ случаѣ нельзя сравнить съ результатами, получающимися при вылущеніи прямой кишки.

Методъ защиты свободной брюшной полости отъ инфекціи отграничивающими тампонами вырабатывался постепенно при раннихъ операціяхъ, при которыхъ очень часто предлежащая часть брюшной полости бываетъ еще не поражена, а также при операціяхъ въ межприпадковомъ періодѣ, когда со вскрытіемъ брюшной полости неожиданно попадали на гнойные фокусы; благополучные исходы подобныхъ случаевъ наталкивали на болѣе смѣлый доступъ черезъ свободную брюшную полость и при острыхъ случаяхъ съ большими гнойниками.

Многіе хирурги (напр. Worchester [1]), Barton [2]), Murphy, Bernays, Sprengel и др.) при вскрытіи гнойниковъ черезъ свободную брюшную полостью защищаютъ ее отъ загрязненія гноемъ губками, салфетками или компрессами только *временно*, по вскрытіи же гнойника и часто послѣ *промыванія его*, всѣ отграничивающіе тампоны или губки удаляютъ, оставляя только нѣсколько тампоновъ или дренажъ (одинъ или вмѣстѣ съ тампонами) въ полости гнойника съ выведеными наружу концами. Рану брюшной стѣнки часто также закрываютъ на большомъ протяженіи послойными швами, оставляя только отверстіе, достаточное для выведенія концовъ дренажа или тампона.

Такая *временная защитительная тампонада*, однако, *мало надежна*, особенно при простомъ дренированіи гнойной полости трубками безъ тампоновъ. Тампоны, отграничивающіе свободную брюшную полость, необходимо оставлять на срокъ, достаточный для образованія плотныхъ склеекъ вокругъ нихъ. Въ концѣ концовъ образуется общая гнойная полость, широко сообщающаяся съ наружной раной, но основательно изолированная образовавшимися склейками отъ остальной брюшной полости.

Безусловно опаснымъ надо признать вскрытіе гнойника черезъ свободную брюшную полость *безъ защиты* ея хотя бы временными

[1]) l. c.
[2]) Barton J. M. Freedom from recurring appendicitis after evacuation of the abscess and retention of the appendix.—Annals of surgery. July. 1894.

тампонами, какъ это практикуетъ напр. Rehn въ послѣднее время; тѣмъ болѣе недозволительно при такихъ условіяхъ промываніе гнойника, какъ это дѣлаетъ названный хирургъ въ своихъ поискахъ за червеобразнымъ отросткомъ.

Если при мѣстонахожденіи гнойника непосредственно подъ брюшиной рану ея слѣдуетъ расширять тупымъ путемъ (черенкомъ скальпеля или пальцемъ), то при свободной брюшной полости вскрытіе брюшины должно производить, какъ при всякой лапаротоміи, ножницами подъ защитой желобоватаго зонда или пальца. Въ виду же того, что здѣсь приходится часто манипулировать на порядочной глубинѣ и кромѣ того требуется мѣсто для отграничивающихъ тампоновъ брюшину слѣдуетъ вскрывать достаточно широко, захватывая ее при этомъ торзіонными пинцетами. Многіе хирурги беруть для отграничивающихъ тампоновъ іодоформную марлю, или же марлю, обработанную какимъ либо другимъ дезинфецирующимъ средствомъ, или смоченную въ какомъ либо растворѣ. Однако, вполнѣ достаточно употребленіе тампоновъ изъ *стерилизованной марли*, такъ какъ дѣйствіе ихъ, какъ выше сказано, основано на ихъ *физическихъ свойствахъ*, способствующихъ отведенію выдѣленій наружу. Даже тампоны, смоченные въ физіологическомъ растворѣ, нельзя рекомендовать, хотя предварительное увлажненіе ихъ много содѣйствуетъ описанной циркуляціи по нимъ гнойнаго содержимаго, но влажные тампоны представляютъ то неудобство, что, при манипуляціяхъ въ ранѣ, онѣ легко выскальзываютъ съ своихъ мѣстъ, тогда какъ сухіе тампоны прилипаютъ къ серозному покрову и тѣмъ плотнѣе сидятъ на мѣстѣ.

Отграничивающіе тампоны слѣдуетъ приготовлять изъ правильно сложенной марли и, чтобы съ концовъ ихъ не стряхивались и не оставались въ ранѣ (въ брюшной полости) нитки, тампонъ слѣдуетъ складывать, какъ предлагаетъ Fowler, такимъ образомъ, чтобы оба конца его складывались вмѣстѣ по серединѣ и затѣмъ тампонъ еще разъ складывался пополамъ, такъ чтобы оба обрѣзные концы оставались въ серединѣ тампона.

Въ брюшную полость тампоны вводятся слѣдующимъ образомъ: края брюшины приподнимаются за наложенные на нихъ еще при вскрытіи ея торсіонные пинцеты или при напряженіи брюшной стѣнки края раны приподнимаются пальцами, предлежащій сальникъ отодвигается въ сторону или вверхъ и вводятся тампоны одинъ за другимъ между пристѣночной брюшиной и прилегающими кишечными петлями не особенно глубоко (на 4—5 снтм. отъ края),

но вплотную другъ къ другу и со всѣхъ сторонъ предполагаемаго гнойника. Такимъ образомъ получается полость, имѣющая въ центрѣ предполагаемый гнойникъ и изолированная отъ остальной брюшной полости кишечными петлями и введенными тампонами. Цѣлесообразно введенные тампоны прикрыть еще рядомъ широкихъ тампоновъ, чтобы защитить первые отъ слишкомъ большаго загрязненія.

Окончивши съ вышеизложенными приготовленіями по огражденію свободной брюшной полости, приступаютъ къ отыскиванію и вскрытію гнойника. Большею частью гнойникъ помѣщается кнаружи и сзади подъ слѣпой кишкой, поэтому отсюда и начинаютъ поиски. Въ этихъ случаяхъ слѣпая кишка бываетъ прирощена фибринозными склейками къ боковой стѣнкѣ подвздошной ямки и бываетъ достаточно небольшихъ усилій, чтобы отдѣлить ее, послѣ чего показывается вонючій, грязноватый гной. Полученное отверстіе расширяютъ, насколько возможно и нужно, тупо, пальцемъ. Если гнойника не оказывается снаружи отъ слѣпой кишки, то ищутъ руководствуясь по ходу передней таеніае мѣстоположеніемъ червообразнаго отростка подъ слѣпой кишкой, подходя къ нему сниау, или внутри отъ слѣпой кишки. Ощупываніе и свѣжій слипчивый перитонитъ также даютъ указанія на мѣстонахожденіе нарыва. При положеніи гнойника въ брюшной полости между петлями тонкихъ кишекъ также подходятъ къ нему, тупо, шагъ за шагомъ разрывая склейки между петлями кишекъ. При выпаденіи отграничивающихъ тампоновъ, за неподвижнымъ положеніемъ которыхъ долженъ слѣдить ассистентъ, прижимающій ихъ пальцами или тупыми крючками, или при вскрытіи свободной брюшной полости въ новыхъ участкахъ, само собою разумѣется, должны быть приняты соотвѣтствующія мѣры до вскрытія гнойника.

Другіе методы доступа къ гнойнику черезъ свободное брюшное пространство безъ помощи ограничивающихъ тампоновъ менѣе удачны, какъ по техникѣ ихъ выполненія, такъ и по надежности. Такъ, напр. л-ръ Maydl въ засѣданіи общества чешскихъ врачей въ Прагѣ въ 1897 году сообщилъ о слѣдующемъ способѣ, примѣненномъ имъ въ одномъ случаѣ, гдѣ ему пришлось идти къ гнойнику черезъ здоровую брюшную полость: *отсепаровавши переднюю пристѣночную брюшину, онъ обшилъ ею со всѣхъ сторонъ края опухоли*, бывшей вокругъ слѣпой кишки и затѣмъ уже черезъ полученную такимъ образомъ трубку вскрылъ гнойникъ. Методъ этотъ, весьма сложный по техникѣ, значительно удлиняетъ время опера-

ціи и далеко не для всѣхъ случаевъ пригодень; кромѣ того фиксированіе опухоли (т. е. кишечныхъ петель) къ брюшинѣ крайне нежелательно, и само обшиваніе мало надежно и, наконецъ, при немъ остается узкое поле для манипуляцій, а расширеніе его, простое при употребленіи ограничивающихъ тампоновъ, при методѣ обшиванія равно новой операціи.

Также мало пригодно *обшиваніе краевъ раны предлежащимъ сальникомъ*, какъ то предлагаетъ Körte: доступъ къ свободной брюшной полости черезъ пространство, находящееся подъ сальникомъ, остается *незащищеннымъ*.

У нашихъ больныхъ вскрытіе перитифлическаго гнойника черезъ свободное брюшное пространство подъ защитою отграничивающихъ тампоновъ было произведено въ 18-ти случаяхъ (№№ 26, 27, 31, 39, 42, 44, 45, 51, 56, 57, 58, 59, 60, 62, 63, 65, 69 и 73).

Ни въ одномъ изъ этихъ случаевъ мы не можемъ указать на развитіе общаго перитонита вслѣдъ за операціей.

Наиболѣе частая картина при описываемомъ методѣ операціи представляется такая: при косомъ типичномъ для перитифлита разрѣзѣ по вскрытіи брюшины тотчасъ же видна слѣпая кишка, иногда съ совершенно нормальнымъ брюшиннымъ покровомъ, а чаще съ инъекціей и даже съ фибринозными налетами, которые болѣе густо залегаютъ по наружной половинѣ и приклееваютъ слѣпую кишку къ боковой стѣнкѣ таза. Введя отграничивающіе тампоны вверхъ, внутри и книзу, отдѣляютъ слѣпую кишку отъ боковой стѣнки, что совершается легко; вскорѣ показывается гной и гнойная полость, такимъ образомъ, вскрыта. Такую картину съ наружно-заднимъ положеніемъ гнойника мы имѣли въ большинствѣ случаевъ, именно въ 10-ти (№№ 26, 31, 39, 44, 45, 56, 57, 60, 69 и 73). Въ 1-мъ случаѣ (№ 58) разрѣзъ былъ вертикальный, но внутрибрюшинная картина тоже съ наружне-заднимъ гнойникомъ. Въ 2-хъ случаяхъ (№ 62 и 63) пришлось отдѣлять не слѣпую кишку отъ боковой стѣнки таза, а склеившіяся между собою петли тонкихъ кишекъ. Въ 4-хъ случаяхъ (№№ 42, 51, 59 и 65) гнойникъ лежалъ внутри отъ слѣпой кишки, такъ что идти къ нему пришлось разъединяя склеившіяся петли кишекъ; въ случаѣ № 59, кромѣ того разрѣзъ былъ верхній вертикальный и гнойникъ лежалъ внутри отъ colon ascendens, надъ мѣстомъ впаденія intest. ilei въ слѣпую кишку, располагаясь почти посрединѣ брюшной полости.

Послѣ вскрытія и опоражненія гнойника приступаютъ къ заключительному акту операціи—*удаленію червеобразнаго отростка*.

Вопросъ о необходимости удаленія червеобразнаго отроста (*ампутаціи*, или, какъ выражаются неправильно, *резекціи* червеобразнаго отростка—appendicectomia) въ случаяхъ гнойныхъ ограниченныхъ перитифлитовъ возбуждалъ и возбуждаетъ до сихъ поръ горячіе споры. Приверженцы радикальной школы леченія заболѣваній червеобразнаго отростка на ряду съ требованіями раннихъ операцій и широкихъ показаній къ операціямъ въ межприпадковомъ періодѣ считаютъ также безусловно необходимымъ удаленіе червеобразнаго отростка и при гнойныхъ формахъ перитифлита во всѣхъ ихъ стадіяхъ. Основаніе къ требованіямъ удаленія червеобразнаго отростка при гнойной формѣ остается тоже: — *опасность возвратовъ и послѣ опоражненія и зажившенія гнойной полости*. Статистическія данныя, однако, не вполнѣ оправдываютъ этого опасенія и во всякомъ случаѣ показываютъ, что оно *чрезмѣрно преувеличено*, ибо, по имѣющимся литературнымъ даннымъ по этому вопросу видно, что не только возвраты послѣ опоражненія перитифлитическихъ гнойниковъ рѣдки, но и не очень опасны по своимъ исходамъ.

Такъ, Sonnenburg при его обильномъ оперативномъ матеріалѣ наблюдалъ рецидивы послѣ простаго опоражненія гнойника только 5 разъ и изъ нихъ только 1 разъ со смертельнымъ исходомъ.

Talamon приводитъ 2 случая возврата, изъ которыхъ въ 1 случаѣ было 9 припадковъ, но легкихъ, а во 2-мъ—были 4 припадка, и каждый съ нагноеніемъ, требовавшимъ каждый разъ вскрытія его.

Наибольшее число случаевъ рецидивовъ послѣ простаго вскрытія перитифлитическаго гнойника приводитъ Bascharelt, именно у него на 100 случаевъ вскрытія гнойника въ 8 случ. былъ возвратъ; кромѣ того онъ приводитъ 2 случая возврата у больныхъ, оперированныхъ въ другомъ мѣстѣ и 2 случая послѣ операціи общаго перитонита, гдѣ не было произведено ампутаціи червеобразнаго отростка; изъ этихъ 12 больныхъ умерли 2 ч., у 3 больныхъ простое вскрытіе гнойника производилось многократно, пока не былъ удаленъ червеобразный отростокъ.

Lennander приводитъ 3 случая возврата, наблюдавшіеся имъ послѣ простого разрѣза.

Homans[1]) приводитъ 2 случая рецидива, окончившіеся смертью.

[1]) Homans. Boston med. and surg. Journ. Febr. 2, 1899.

Schwarz [1]) приводитъ одинъ случай, гдѣ въ теченіе 9 лѣтъ 3 раза вскрывали гнойникъ въ пупочной области, пока въ 4-ый разъ не ампутировали червеобразный отростокъ.

Bull сообщаетъ 2 случая возвратнаго перитифлита послѣ простого опорожненія гнойника, потребовавшіе вторичной операціи съ удаленіемъ червеобразнаго отростка.

Rushmore наблюдалъ 1 случай возврата послѣ простого разрѣза, но рецидивъ излечился безъ операціи.

Barling наблюдалъ 1 случай возврата послѣ вскрытія ограниченнаго гнойника, при вторичной операціи былъ удаленъ червеобразный отростокъ, и 2-ой случай возврата черезъ 6 мѣс. послѣ операціи общаго перитонита; вторичная операція кончилась смертью.

Barton [2]) также видѣлъ возвратъ въ 2 случ. изъ 22 оперированныхъ имъ.

Wharton [3]) видѣлъ 3 случая возврата послѣ операціи.

Borchardt на своемъ богатомъ матеріалѣ приводитъ 12 случаевъ возврата (въ 8%), изъ нихъ въ 2 случаяхъ наступила смерть.

Peck [4]) сообщаетъ 4 случая возврата послѣ разрѣза и дренированія.

Kümmel приводитъ 2 случая возврата послѣ простого опорожненія гнойника.

Случаи возврата послѣ простого опорожненія гнойника недавно сообщали также Пряниш никовъ [5]) 2 случая съ 1 смертнымъ исходомъ; Сарычевъ [5]) 2 случая, Герценъ [5]) 1 случай и Разумовскій [5]) 1 случай.

Приведенные случаи въ общей своей суммѣ (43 случаевъ съ 5 случаями смерти) производятъ довольное сильное впечатлѣніе, но не надо забывать другую неизмѣримо большую сумму случаевъ простого опорожненія перитифлитическихъ гнойниковъ, заканчивающихся полнымъ выздоровленіемъ.

Но какъ бы ни было мало число возвратовъ, они могли бы служить показаніемъ къ ампутаціи червеобразнаго отростка, если бы не являлись болѣе убѣдительнымъ противопоказаніемъ къ этой операціи. Если ампутація червеобразнаго отростка въ періодѣ покоя

[1]) Schwarz. Abscès sousombilicaux médians consécutifs à une appendicite. Bull. de la soc. de chir. Séance du 25 juillet 1894.
[2]) Barton J. M. Annals of Surgery Jan. 1898.
[3]) Wharton. ibid.
[4]) Peck. G. S. The Amer. Journ. of Obstetris. Oct. 1897.
[5]) 2-й Съѣздъ Россійскихъ хирурговъ въ Москвѣ въ 1901 г. Пренія.

считается трудной операціей, требующей соотвѣтствующей обстановки, то ампутація его въ острома періодѣ, среди гноя, можетъ быть произведена легко и безопасно только въ случаяхъ, наиболѣе благопріятныхъ въ этомъ отношеніи, именно когда отростокъ лежитъ свободно въ гнойной полости и легко доступенъ, но такіе случаи встрѣчаются рѣдко. Большею же частью червеобразный отростокъ, въ особенности въ случаяхъ съ продолжительнымъ предшествовавшимъ болѣзненнымъ процессомъ, лежитъ плотно припаянный обильными склейками къ слѣпой кишкѣ, ко дну подвздошной ямки и т. п. Въ поискахъ за червеобразнымъ отросткомъ во многихъ случаяхъ неизбѣжно приходится вскрывать свободную брюшную полость, ограничь которую отъ загрязненія гноемъ при продолжительныхъ манипуляціяхъ не всегда удается надежно; затѣмъ, при разрывѣ плотныхъ склеекъ легко можно порвать стѣнки кишечныхъ петель и, въ довершеніе всего, въ возпаграждепіе за всѣ старанія найти только слѣды разрушеннаго червеобразнаго отростка!

Трудность операціи и опасность ея для больного удерживаютъ даже весьма радикальныхъ хирурговъ отъ попытокъ отыскивать и ампутировать червеобразный отростокъ при гнойныхъ случаяхъ. Такъ, напр., Fowler, одинъ изъ проверенцевъ раннихъ операцій, считаетъ присутствіе гнойника противопоказаніемъ къ удаленію червеобразнаго отростка, такъ какъ жизнь больного можетъ при этой операціи подвергнуться опасности безъ соотвѣтствующей выгоды. Treves, одинъ изъ первыхъ удалившій червеобразный отростокъ въ межприпадковомъ періодѣ, считаетъ, что вмѣстѣ съ нагноеніемъ уничтожается вслѣдствіе разрушенія червеобразнаго отростка причина нагноенія и, вообще, возвратовъ. Rushmore, Barling, Barton, Warthon и др., сами наблюдавшіе рецидивы послѣ простого вскрытія гнойника и принадлежащіе къ активнымъ хирургамъ, здѣсь, однако, совѣтуютъ удалять червеобразный отростокъ только тогда, когда онъ легко доступенъ. Deaver, настаивая на непремѣнномъ удаленіи червеобразнаго отростка, считая иначе операцію не полной, относитъ, однако, ее къ числу очень трудныхъ операцій и поэтому позволительной только для хирурговъ, имѣющихъ большой опытъ въ гнойныхъ заболѣваніяхъ брюшной полости. Roux также производитъ резекцію червеобразнаго отростка въ острома періодѣ только въ тѣхъ случаяхъ, когда онъ легко находимъ. Даже Sonnenburg выдѣляетъ большую группу случаевъ, гдѣ ампутацію червеобразнаго отростка не слѣдуетъ производить,

именно въ случаяхъ, гдѣ отростокъ плотно сросшенъ со слѣпой кишкой—во избѣжаніе разрыва серознаго покрова слѣпой кишки и послѣдовательнаго прободенія; къ тому же въ этихъ случаяхъ, по мнѣнію Sonnenburg'a, червеобразный отростокъ запустѣваетъ и кромѣ того Sonnenburg также считаетъ отмскиваніе червеобразнаго отростка среди гноя весьма трудной частью операціи.

Многіе хирурги (Lennander, Sonnenburg, Reclus и др.) настаиваютъ на непремѣнномъ удаленіи червеобразнаго отростка не только ради него самого, а ради того соображенія, что въ поискахъ за отросткомъ по пути вскрываются обособленные гнойники, которые, оставшись нескрытыми, могутъ уничтожить весь результатъ простого опорожненія главнаго нарыва. Вскрытіе всѣхъ имѣющихся обособленныхъ гнойниковъ безусловно необходимо, однако оно не должно производиться попутно, а вполнѣ сознательно и соразмѣрно, ища же ихъ «попутно» такъ же легко пропустить ихъ, какъ и не ища.

Нѣкоторые хирурги (Kocher[1]) Rose, Sprengel[2]) такъ настойчиво требуютъ удаленія червеобразнаго отростка въ острому періодѣ, что предлагаютъ, послѣ безуспѣшныхъ попытокъ найти его со стороны гнойника, затампонировать послѣдній и начать новые поиски черезъ новый разрѣзъ по наружному краю m. rectus и черезъ свободную брюшную полость. Rose не останавливается даже передъ ужасными поперечными разрѣзами черезъ весь животъ въ поискахъ за червеобразнымъ отросткомъ. Sprengel увѣряетъ, что *при высокомъ положеніи таза* и при вскрытіи гнойника черезъ здоровую брюшную полость подъ защитою отграничивающихъ тампоновъ во всѣхъ случаяхъ, будто бы, легко найти и ампутировать червеобразный отростокъ въ острому періодѣ.

Имѣя въ виду съ одной стороны техническія трудности, подъ силу только весьма опытнымъ хирургамъ, и серьезную опасность отъ манипуляцій съ поисками и ампутаціей червеобразнаго отростка, мы не можемъ съ другой стороны указать на настойчивыя показанія къ столь серьезной операціи. Въ главѣ о рецидивахъ мы указываемъ, что всѣ наблюденія согласуются въ томъ, что возвраты наиболѣе свойственны болѣе легкимъ заболѣваніямъ червеобразнаго отростка, при болѣе же тяжелыхъ происходятъ столь значительныя измѣненія въ отросткѣ, что лишаютъ его способности къ новымъ заболѣваніямъ. Гнойная форма перитифлита, потребовавшая оперативнаго вмѣшательства — есть тяжкая форма въ смыслѣ анатомическихъ измѣненій: червеобразный отростокъ въ большинствѣ случаевъ бываетъ здѣсь перфорированнымъ или совершенно разрушеннымъ, внутри его и внѣ его находится гной и онъ, какъ бы, представляетъ собою часть вскрытой гнойной полости, подверженной одинаковому процессу зажившенія. Какъ гнойная полость постепенно выполняется грануляціями и запустѣваетъ, такому же процессу можетъ подвергнуться и червеобразный отростокъ, а въ другихъ случаяхъ отростокъ подвергается столь обширному разрушенію, что отъ него не остается и слѣда, происходитъ, т. сказать, произвольная ампутація его. Въ пользу этого предположенія говоритъ окончательное выздоровленіе послѣ зажившенія вскрытаго гнойника; предположить же, что червеобразный отростокъ при происшедшихъ глубокихъ его измѣненіяхъ возвращается къ своему нормальному состоянію, трудно, во всякомъ же случаѣ возстановленіе нормальнаго состоянія отростка послѣ обильнаго гнагноенія допустимо только въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ гнагноеніе произошло безъ нарушенія стѣнки отростка, а такихъ случаевъ мало.

Le Conte[4]) приводитъ случай, гдѣ ему пришлось оперировать грыжу черезъ 6 мѣс. послѣ опорожненія перитифлитическаго гнойника. Вскрывши брюшную полость, онъ нашелъ мало измѣненный червеобразный отростокъ (только съ небольшимъ рубцомъ на верхушкѣ). Въ этомъ случаѣ, возможно, имѣлось прободеніе но только на верхушкѣ, на остальномъ же протяженіи отростокъ былъ, безъ сомнѣнія, мало захваченъ въ воспалительный процессъ.

Мы имѣли случай изслѣдовать на вскрытіи червеобразный отростокъ послѣ простого опорожненія перитифлитическаго гнойника: спустя 2 года послѣ операціи, червеобразный отростокъ находился среди обильныхъ сросценій въ области слѣпой кишки. Просвѣтъ начальной части отростка оказался сохраненнымъ на протяженіи 3 стм. съ нормальной слизистой. На протяженіи слѣдующихъ 2,0 стм. просвѣтъ былъ зарощенъ, слизистая представлялась въ видѣ сплошной трубки (запустѣлой), оканчивающейся слѣпо и легко отдѣляющейся отъ мышечнаго слоя. На дальнѣйшемъ протяженіи червеобразный отростокъ лишенъ слизистой и оказался на про-

[1]) Kocher Al. Eine Methode früher Radicaloperation bei Perityphlitis.—Correspondenzbl. f. Schweizer Aerzte. № 8. 1900.
Sprengel. Zur Methodik der Appendicitisoperation.—Centralbl. für Chirurgie № 28. 1901.

[4]) Le Conte R. G. Annals of Surgery. Jan. 1898.

тяженіи 2,0 стм. вскрытымъ (распластаннымъ) съ обнаженнымъ мышечнымъ слоемъ; края вскрытой части неправильны и ясно указываютъ, что здѣсь было *широкое прободеніе* вблизи верхушки, которая ясно сохранилась, но съ запустѣлымъ просвѣтомъ. Во второмъ случаѣ мы ампутировали червеобразный отростокъ *вторично* послѣ окончательнаго зажившенія перитифлитическаго гнойника. Здѣсь также сохранилась только центральная часть, но вполнѣ нормальная, средина же была совершенно разрушена, а дистальный конецъ представлялъ собою кисту съ совершенно прозрачной жидкостью. Въ томъ и другомъ случаяхъ каналъ оставшейся центральной части у перехода въ разрушенную часть крѣпко былъ закрытъ рубцовою тканью.

Въ виду всего сказаннаго мы считаемъ допустимымъ производить *ампутацію червеобразнаго отростка въ острому періодѣ только въ тѣхъ случаяхъ, когда онъ легко доступенъ, въ остальныхъ же случаяхъ ограничиваться простымъ вскрытіемъ гнойника.*

Техника ампутаціи червеобразнаго отростка въ острому періодѣ весьма нетрудна. Здѣсь не требуется той старательной обработки культи, какую мы увидимъ при описаніи операціи рецивидирующаго перитифлита; рана остается открытой, поэтому, ненадежно закрытая культя, не представляетъ опасности. образовавшіеся же каловые свищи мало вліяютъ на процессъ заживленія раны и большею частью они закрываются произвольно и скоро подобно прободному отверстію въ червеобразномъ отросткѣ, а между тѣмъ, какъ показали наблюденія, самая тщательная обработка культи не гарантируетъ отъ развитія въ ней свищей: шовъ, наложенный на гнойно-инфильтрированныя ткани, такъ же часто прорѣзывается, какъ и простая лигатура, къ тому же весьма часто стѣнки червеобразнаго отростка въ этихъ случаяхъ бываютъ настолько измѣнены или разрушены, что о какой-либо тщательной обработкѣ не можетъ быть и рѣчи. Поэтому при гнойныхъ случаяхъ можно смѣло ограничиться *самыми простыми пріемами*: результатъ ихъ тотъ же, что и отъ сложныхъ, но на сторонѣ первыхъ сокращеніе времени операціи. При хорошо сохранившемся червеобразномъ отросткѣ еще слѣдуетъ производить ампутацію его *манжетнымъ способомъ*: на нѣкоторомъ разстояніи отъ мѣста ампутаціи производится круговой разрѣзъ черезъ серозный покровъ, который и отсепаровывается отъ мышечнаго слоя въ видѣ манжетки, затѣмъ накладывается лигатура на обнаженную отъ серознаго покрова часть отростка, который и отсѣкается въ этомъ мѣстѣ, манжетка отворачивается и зашивается 2—3 швами надъ культею. Въ остальныхъ же случаяхъ бываетъ достаточно *простой лигатуры* на червеобразный отростокъ, какъ онъ кладется на сосуды, или, какъ предлагаетъ Lennander, накладываютъ Péan'овскій пинцетъ à demeure; но этотъ послѣдній способъ при всей его простотѣ неудобенъ въ томъ отношеніи, что пинцетъ затрудняетъ тампонаду гнойной полости. Весьма многіе хирурги прибѣгаютъ къ *отжиганію* червеобразнаго отростка между 2 лигатурами, а нѣкоторые (Doyen[1]), Riese.[2]) и др.) предварительно сдавливаютъ червеобразный отростокъ 5—6 разъ крѣпкимъ Péan'овскимъ пинцетомъ и затѣмъ уже перевязываютъ и отжигаютъ. При томъ или другомъ способѣ ампутаціи, ей должна, конечно, предшествовать лигатура на брыжжейку отростка. При общей гангренѣ червеобразнаго отростка или при прободеніи его у основанія, отъ наложенія даже простой лигатуры слѣдуетъ отказаться, такъ какъ и безъ того отростокъ уничтоженъ. Ампутацію необходимо производить по возможности *ближе къ слѣпой кишкѣ*, чтобы отъ червеобразнаго отростка оставалась самая малая культя во избѣжаніе рецидивовъ въ послѣдней, чему имѣются примѣры. Такъ, Harte[3]) сообщаетъ 2 или 3 случая, гдѣ ему пришлось наблюдать вторичные припадки послѣ ампутаціи червеобразнаго отростка, отъ котораго была оставлена длинная культя. Однако, надо предостеречь отъ полнаго иссѣченія червеобразнаго отростка изъ слѣпой кишки, какъ это нѣкоторыми хирургами принято при операціяхъ рецидивирующаго перитифлита: при гнойныхъ случаяхъ шовъ, какъ сказано, не надежнъ и поэтому можетъ получиться слишкомъ большое отверстіе въ слѣпой кишкѣ, на произвольное закрытіе котораго уже нельзя разсчитывать.

По ампутаціи червеобразнаго отростка или послѣ опорожненія гнойника безъ ампутаціи отростка, гдѣ онъ недоступенъ или мало доступенъ для нея, приступаютъ къ *дренированію гнойной полости.*

Въ вопросѣ о наилучшемъ способѣ *дренированія* мнѣнія также расходятся: такъ, одни признаютъ наиболѣе выгоднымъ дренированіе

---

[1]) l. c.

[2]) Riese. Beiträge zur Behandlung der acuten Appendicitis.– Verhand. der deutsch. Gesellsch. f. Chir. XXX. Congr. 1901.

[3]) Harte. Annals of Surgery. Jan. 1898.

трубками, другіе—*тампонами* и третьи—*комбинацію тѣхъ и другихъ*.

Въ вопросѣ же о *промываніи гнойной полости* тотчасъ по опорожненіи ея мнѣнія болѣе согласны: оно оставлено почти всѣми хирургами въ виду его опасности, и только немногіе придерживаются его, въ особенности при отысканіи червеобразнаго отростка. Наиболѣе опасно промываніе при вскрытіи гнойника черезъ свободную брюшную полость: при давленіи промывающей струи отграничивающіе тампоны, какъ бы тщательно они не были введены, не могутъ защитить отъ проникновенія инфекціи въ свободную брюшную полость. Польза отъ промыванія, какъ вообще и при гнойныхъ процессахъ, проблематична, а здѣсь оно опасно и поэтому должно *быть безусловно оставлено тотчасъ по опорожненіи гнойника, да и въ послѣдующемъ теченіи съ прочно развившимися склейками его лучше избѣгать, а для удаленія гноя изъ глухихъ кармановъ предпочтительнѣе прибѣгать къ наложенію противоотверстій*.

Тампонада гнойной полости должна быть тщательной во всѣ углы и карманы, но рыхлой, чтобы не нарушать дѣйствія капиллярности. Многіе хирурги (Sonnenburg, Körte, Borchardt и др.) предпочитаютъ употреблять для тампонады *іодоформированную марлю*, полагая, что она обладаетъ большей отсасывающей силой и кромѣ того имѣетъ дезинфецирующія свойства. Въ своихъ случаяхъ мы употребляли исключительно *стерилизованную марлю* и думаемъ, что въ смыслѣ капиллярности она стоитъ много выше іодоформированной, у которой петли заполнены кристаллами іодоформа, дезинфецирующее же дѣйствіе ея едва ли имѣетъ какое либо значеніе.

Sonnenburg производитъ тампонаду гнойной полости по методу Mikulicz'a, т. е. онъ сначала выстилаетъ ее большимъ кускомъ марли, такъ наз. «передникомъ» («Schürzentamponade») и затѣмъ выполняетъ всѣ углы отдѣльными тампонами, а поверхъ ихъ кладетъ еще рядъ тамповъ въ брюшной ранѣ. Такую сложную тампонаду онъ производитъ съ цѣлью болѣе легкой смѣны тамповъ при перевязкѣ съ оставленіемъ in situ на продолжительное время общаго выстилающаго полость «передника».

Дренированіе гнойной полости исключительно только *трубками, резиновыми или стеклянными*, какъ это предлагаютъ особенно американскіе и англійскіе хирурги—не цѣлесообразно, такъ какъ при ранахъ передней брюшной стѣнки отточъ изъ гнойной полости выдѣляемаго ея неполный и происходитъ только при переполненіи полости. Дренированіе однѣми только трубками, по мнѣнію названныхъ авторовъ, уменьшаетъ шансы послѣдовательнаго образованія грыжъ, что едва ли правильно, а кромѣ того дренажныя трубки своимъ постояннымъ давленіемъ, въ особенности эластичныя резиновыя, способствуютъ образованію каловыхъ свищей, чѣмъ можетъ значительно затягиваться процессъ заживленія раны. Вполнѣ у мѣста одно дренажныя трубки только при разрѣзахъ въ отлогихъ мѣстахъ—въ самыхъ нижнихъ точкахъ гнойника, *какъ, напр., въ поясничной области или во влагалищѣ*, гдѣ раневое отдѣляемое значительно лучше стекаетъ по трубкамъ, чѣмъ по тампонамъ.

Болѣе цѣлесообразно комбинированное дренированіе гнойной полости дренажными, стеклянными или резиновыми, трубками и тампонами изъ марли. Дренажныя трубки, которыя иногда съ цѣлью уменьшенія производимаго ими давленія обертываются марлей (а при широкомъ діаметрѣ трубки съ полоской марли въ просвѣтѣ), проводятся къ наиболѣе глубокимъ частямъ гнойника или къ культѣ червообразнаго отростка, а остальныя части гнойной полости рыхло выполняются тампонами.

При наложеніи противоотверстія употребленіе дренажныхъ трубокъ совмѣстно съ тампонадой *весьма цѣлесообразно*: дренажныя трубки проводятся отъ одного отверстія къ другому, а остальныя части полости выполняются марлей; если же противоотверстіе находится въ самой низкой точкѣ, то гнойная полость со стороны противоотверстія дренируется только трубками, а верхняя (передняя) часть полости рыхло тампонируется марлей: въ этихъ случаяхъ верхняя (передняя) половина полости быстро выполняется и отточъ содержимаго совершается только черезъ дренажъ въ противоотверстіи.

Ради уменьшенія вѣроятности развитія грыжъ на мѣстѣ рубца многіе хирурги систематически производятъ *уменьшеніе брюшной раны послойными швами*, оставляя только небольшое отверстіе, достаточное для дренажныхъ трубокъ или для нѣсколькихъ полосокъ марли, проведенныхъ на дно гнойной полости. Къ такому частичному закрытію раны прибѣгаютъ даже при вскрытіи гнойниковъ черезъ свободную брюшную полость подъ защитой отграничивающихъ временныхъ тамповъ: удаливъ послѣдніе по вскрытіи гнойника, оставляютъ только нѣсколько полосокъ марли или дренажную трубку въ полости гнойника, а большую часть раны закрываютъ послойно. Конечно, при несоразмѣрно большомъ разрѣзѣ сравнительно съ оказавшимся гнойникомъ цѣлесообразно закрыть излишнюю часть раны, но слѣдуетъ предостеречь отъ увлеченія въ этомъ

направленіи: при достаточно широкой брюшной ранѣ послѣдовательное веденіе ея значительно облегчается, тампонада ея производится болѣе основательно и болѣе легко и перевязки съ введеніемъ тампоновъ менѣе болѣзненны для больныхъ, чѣмъ при небольшомъ отверстіи.

Въ техникѣ операцій диффузныхъ перитонитовъ наиболѣе важна не сама операція, т. е. вскрытіе брюшной полости, какъ послѣдующая за нимъ обработка брюшной полости, именно *очищеніе ея отъ эксудата и дренированіе ея.*

При диффузномъ перитонитѣ перитифлитическаго происхожденія, наиболѣе цѣлесообразенъ *правый боковой*, косой или вертикальный *разрѣзъ* брюшныхъ стѣнокъ. Черезъ этотъ разрѣзъ наиболѣе легко имѣть доступъ къ источнику инфекціи, т. е. къ червеобразному отростку, удаленіе котораго, конечно, желательно. Часто при невыясненномъ діагнозѣ исходной точки перитонита, разрѣзъ избирается по l. alba отъ пупка до лобка или при распространенности перитонита выше пупка, даже отъ мечевиднаго отростка до лобка. Въ иныхъ случаяхъ къ срединному разрѣзу потребуется добавить боковой разрѣзъ справа, а иногда, при большомъ скопленіи гноя въ брюшной полости, также *и слѣва;* послѣдній разрѣзъ часто бываетъ необходимъ и при боковомъ правосторонненъ разрѣзѣ, такъ какъ распространеніе инфекціи по брюшной полости съ скопленіемъ эксудата совершается обычно по нижней части живота въ лѣвую подвздошную ямку. У женщинъ весьма желательно также наложеніе противоотверстія *въ заднемъ сводѣ* при скопленіи эксудата въ полости таза, а у мужчинъ per rectum, какъ въ послѣднее время совѣтуетъ Rotter.

Величина разрѣзовъ при диффузномъ перитонитѣ должна быть наивозможно большая, не только для цѣлей наилучшаго дренированія брюшной полости, но и для скорѣйшаго ориентированія въ брюшной полости въ поискахъ за источникомъ перитонита. Однако, *поперечные* разрѣзы, въ высшей степени облегчающіе ориентированіе, должны избѣгаться въ виду громадныхъ грыжъ (эвентрацій), остающихся отъ такихъ разрѣзовъ. Поэтому едва ли можно признать цѣлесообразной *Coeliotomia transversa*, какъ практикуетъ ее Rose въ видѣ одного общаго подкововиднаго разрѣза отъ одной почечной области черезъ весь животъ вдоль лобка къ другой почечной области. Взамѣнъ такого ужаснаго разрѣза раціональнѣе избрать *множественные*, какъ рекомендуютъ нѣкоторые авторы: Guinard [1]) напр., въ количествѣ 5 разрѣзовъ: по l. alba, 2 надъ lig. Poupart. и 2 у края ложныхъ реберъ.

Нѣкоторые хирурги (напр., Körte [2]), Johnson [3]) и др.) вообще предостерегаютъ противъ большихъ разрѣзовъ, совѣтуя дѣлать ихъ не длиннѣе 7—8 снтм., такъ какъ при большихъ разрѣзахъ легко происходитъ эвентрація вздутыхъ кишечныхъ петель, съ трудомъ вправляющихся обратно, что удлиняетъ операцію, раздражаетъ воспаленную брюшину и увеличиваетъ опасность коллапса.

При сильномъ вздутіи кишечника, однако, эвентрація бываетъ неизбѣжна и при умѣренныхъ разрѣзахъ. Для облегченія обратнаго вправленія выпавшаго кишечника цѣлесообразно производить пункцію его троакаромъ и выпускать газы. Этотъ методъ практикуется уже съ 80-хъ годовъ, именно, начиная съ Bryant'a [4]); въ Россіи широко примѣняетъ его д-ръ А. А. Троянова, перешедшій даже отъ простыхъ пункцій къ разрѣзамъ, значительно ускоряющимъ опорожненіе кишечника. Пункцію и разрѣзъ кишечника употребляютъ также: Цейдлеръ [5]), Loockwood [6]), Mixter [7]), Marsch [8]), Rumprecht [9]), Körte и др.

Опорожненіе кишечника имѣетъ кромѣ того ту хорошую сторону, что имъ устраняется опасность самоотравленія и спавшіяся кишечныя стѣнки становятся менѣе проходимы для бактерій.

Нѣкоторые хирурги, преимущественно англійскіе и американскіе (Cosh An. [10]), Maylard [11]), Cobb [12]), Weir, Clutton [13]) и др.), не ограничиваясь пункціей или разрѣзомъ, для болѣе полнаго опо-

[1]) Guinard. Traitment de l'appendicite. La méd. mod. № 58. 1898.
[2]) Körte. W. Weitere Beiträge über die chirurgische Behandl. d. diffus. etrig. Bauchfellentzünd.—Mitteil. a. d. Grenzg. d. Med. u. Chir. Bd. 2. H. 1 u. 2.
[3]) Johnson. Some cases of acute appendicitis.—Med. Rec. 3 Nov. 1900.
[4]) Bryant. J. D. Removal of the appendix vermiformis by abdominal section. Med. Rec. Jan. 1. 1887.
[5]) Цейдлеръ, І. Ф. Матеріалъ къ патологіи и терапіи острой непроходимости кишекъ.—Лѣтопись Русской хирургіи. Кн. 1. 1898.
[6]) Lockwood. The Lancet. 1894.
[7]) Mixter. Boston med. and surg. Journ. Vol. 132. Nr. 9.
[8]) Marsh. The Lancet 1894.
[9]) Rumprecht. Beiträge zur klin. Chir. XXIV. Bd. 1 H. 1899.
[10]) Cosh An. The treatment of general septic peritonitis.—Annals of Surgery. July. 1897.
[11]) Maylard. Remarks upon the operative treatment of distended small intestine in acute obstruction and in acute peritonitis; with illustrative cases.—Brit. med. Journ. v. I. 1899
[12]) Cobb. Septic peritonitis and its surgical treatment including reports et three successfull and four fatal cases.—Boston med. and surg. Journ. 1898.
[13]) Clutton. Med. Soc. of London. Jan. 23. 1899.—Brit. med. Journ. Jan. 28. 1899.

рожненія кишечника еще впрыскиваютъ черезъ разрѣзъ растворы слабительныхъ солей (magnesium sulfuric.).

Удаленіе червеобразнаго отростка, какъ сказано, весьма желательно, но если общее состояніе больного требуетъ наиновозможно скорѣйшаго окончанія операціи, то разумѣе отказаться отъ ампутаціи червеобразнаго отростка, довольствуясь одной тампонадой въ его области въ той же надеждѣ, какъ и при ограниченныхъ гнойникахъ, что червеобразный отростокъ при открытомъ леченіи раны не представляетъ уже опасности для дальнѣйшаго теченія и по выздоровленіи оставляетъ также мало шансовъ на возвратъ болѣзни.

По вскрытіи брюшной полости предстоитъ задача очистить ее отъ экссудата. Наиболѣе простой способъ въ техническомъ отношеніи — это есть *промываніе брюшной полости*, что особенно широко практиковалось въ началѣ развитія оперативнаго леченія диффузныхъ перитонитовъ. Насколько большія надежды возлагались на результаты промыванія, видно изъ того, что нѣкоторые хирурги, напр., Wylie, Krönlein, Barker и др., послѣ промыванія брюшной полости наполняли ее водою, чтобы кишки плавали, а не склеивались и рану *зашивали* наглухо.

Методъ промыванія, несмотря на вскорѣ возникшія весьма существенныя возраженія противъ него, сохранился до сихъ поръ, имѣя за собою, пожалуй, даже бо́льшее число сторонниковъ (Rehn, Bode[1]), Berger, Körte, Tuffier, Зыковъ[2]), Ивановъ[3]), Verchère, Федоровъ[4]), Wallage[5]), Johnson, Fowler[6]), Рокицкій[7]) (Кадьянъ), Weir, Mc Burney, Jalanguier, Treves и мн. др.), чѣмъ противниковъ.

Въ виду громадной всасывающей способности брюшной полости антисептическіе растворы (сулемы, карболовой и борной кислоты, тимола и др.), даже самые слабые, въ настоящее время почти всѣми оставлены, а вмѣсто нихъ пользуются физіологическимъ растворомъ поваренной соли, въ 36—40°, а иные операторы примѣняютъ горячій растворъ въ 40—50° на томъ основаніи, что горячіе растворы поднимаютъ сердечную дѣятельность. Англійскіе и американскіе хирурги нерѣдко пользуются для промыванія брюшной полости также растворами перекиси водорода.

Методъ промыванія физіологическимъ растворомъ получилъ названіе *влажной асептики*. Приверженцы этого метода даже не ограничиваются промываніемъ въ одинъ пріемъ во время операціи, а повторяютъ его и въ послѣопераціонномъ періодѣ, для чего примѣняютъ соотвѣтствующій методъ *дренированія* брюшной полости.

Выгоды влажной асептики, выставляемыя ихъ приверженцами, тѣ, что она *препятствуетъ образованію склеекъ* въ брюшной полости, что устраняетъ возможность скопленія экссудата въ обособленныхъ областяхъ и затѣмъ *наилучшимъ образомъ, чисто механическимъ путемъ*, удаляетъ экссудатъ изъ брюшной полости въ первые дни послѣ операціи. Страхъ же передъ распространеніемъ инфекціи по брюшной полости промываніемъ преувеличенъ, наоборотъ, нѣкоторые авторы (Mc Laren[1]), напр.) полагаютъ, что при промываніи инфекціонный матеріалъ распространяется по всей брюшной полости и тѣмъ ослабляется его дѣйствіе, также и солевой растворъ, употребляемый для промыванія не представляетъ, будто бы, питательной среды для бактерій.

Промываніе брюшной полости производится такимъ образомъ, что, по вскрытіи ея, въ разныя направленія, гдѣ имѣются скопленія экссудата, направляется струя физіологическаго раствора при небольшомъ давленіи до тѣхъ поръ, пока стекающая вода не станетъ совершенно чистой. Нѣкоторые же авторы, какъ Bode, Hadra, Tavel et Lanz и др., не ограничиваются даже промываніемъ кишечныхъ петель in situ, а эвентрируютъ ихъ изъ брюшной полости и, обмывши, заворачиваютъ въ теплые компрессы, смоченные въ физіологическомъ растворѣ, время отъ времени, обливая ихъ новыми порціями горячаго раствора, и затѣмъ, вывеля почти весь кишечникъ, основательно промываютъ области печени, селезенки и полости таза. Встрѣчающіеся фиброзные налеты снимаются, склейки разрываются. Общее количество употребляемой при этомъ жидкости громадное: до 30—40 литровъ. Несмотря на полную эвентрацію кишечника и значительныя манипуляціи въ брюшной полости, будто бы ни шока,

[1]) Bode Fr. Zur Behandlung der diffusen eitrigen Bauchfellentzündung.— Mitt. us d. Grenzgeb der. Med. u. Chir. VI Bd. 1 u. 2 H. 1900.

[2]) Зыковъ. Хирургія, Окт. 1898 г.

[3]) Ивановъ, А. П. Къ вопросу о леченіи разлитого гнойнаго воспаленія брюшины.—«Врачъ» № 25. 1900 г.

[4]) Федоровъ, С. П. Къ леченію гнойныхъ разлитыхъ воспаленій брюшины чревосѣченіемъ.—«Хирургія», т. IX. 1901 г.

[5]) Wallage Cuthbert. Appendicitis with diffuse peritonitis.—Med. Soc. of London. Jan. 23. 1899.—Brit. med. Journ. Jan. 28. 1899.

[6]) Fowler. Med. Rec. 14 Apr. 1900.

[7]) Рокицкій, В. М. Нѣсколько словъ объ исходахъ и леченіи аппендицита по поводу одного случая разлитого гнойнаго перитонита.—«Больничная газета Боткина» № 9. 1898

[1]) Mc Laren W. S. The sphere of drainage in surgery of the appendix.—Med. Rec. Oct. 28. 1899.

ни колляпса не наблюдается, а наоборотъ, сердечная дѣятельность поднимается. Также будто бы и обратное вправленіе кишечника совершается легко.

Для послѣдующаго промыванія весьма важно цѣлесообразное дренированіе брюшной полости, особенно наиболѣе глубокихъ ея частей, гдѣ происходитъ скопленіе экссудата.

Брюшную полость по изслѣдованіямъ Henke [1]) въ этомъ отношеніи можно раздѣлить на 4 области: передняя брюшная стѣнка при положеніи на спинѣ ближе всего прилежитъ къ задней на уровнѣ пупка, гдѣ позвоночникъ искривленъ впередъ, затѣмъ справа и слѣва соотвѣтственно m. psoas, поднимающагося вверхъ по подобіе кулисъ; эти выдающіяся части задней стѣнки раздѣляютъ брюшную полость на слѣдующіе 4 отдѣла: 1-й *верхній отдѣлъ*, обнимающій поддіафрагмальное пространство до пупка, 2-й и 3-й *правый и лѣвый* боковой отдѣлы, распространяющіеся внизу до подвздошной ямки и внутри до m. psoas и 4-й *нижній отдѣлъ*, находящійся посрединѣ между обоими m. psoas и распространяющійся внизъ въ полость малаго таза.

Въ этихъ то отдѣлахъ и происходитъ скопленіе экссудата, требующее особаго дренированія.

Bode придерживается слѣдующаго *метода дренированія*: подвявши вверхъ тонкій кишечникъ и расправивши корень брыжжейки, отыскиваютъ въ ней бессосудистый участокъ, гдѣ дѣлаютъ щель, черезъ которую проводятъ толстую, соотвѣтствующей длины, дренажную трубку, снабженную боковыми отверстіями; отъ корня брыжжейки трубка проводится по обѣ стороны позвоночника черезъ брюшную полость и выводится черезъ боковые разрѣзы справа и слѣва непосредственно надъ толстой кишкой. Кромѣ этой главной дренажной трубки, дренирующей верхнее пространство, проводятся еще особыя дренажныя трубки черезъ боковыя отверстія въ боковыя пространства и черезъ срединный лапаротомическій разрѣзъ въ полость таза; кромѣ того, смотря по обстоятельствамъ, дренируются также печеночная, желудочная и селезеночная области. По проведеніи дренажей разрѣзы закрываются вокругъ нихъ швами. Чтобы удалить попавшій въ брюшную полость воздухъ и провѣрить проводимость дренажей пропускаютъ черезъ нихъ струю физіологическаго раствора. По окончаніи операціи больного кладутъ съ приподнятымъ туловищемъ, чтобы дать стечь къ дренажамъ оставшемуся экссудату изъ

[1]) Henke W. Der Raum der Bauchhöhle des Menschen und die Verteilung der Eingeweide in demselben.—Arch. f. Anat. und Physiol. 1891.

верхняго отдѣла брюшной полости. Въ первые дни промываніе брюшной полости производится 2—3 раза въ день.

По увѣренію Bode, при такомъ методѣ леченія перитонитовъ очень быстро наступаетъ улучшеніе: возникаютъ перистальтическія движенія, способствующія отхожденію газовъ и стула, иногда даже въ видѣ поноса; опорожненіе же кишечника весьма благодѣтельно сказывается на самочувствіи больныхъ; черезъ 3—4 дня тяжелыя явленія исчезаютъ и Bode къ этому сроку удаляетъ дренажныя трубки, оставляя только въ отверстіяхъ короткія трубки, а затѣмъ онъ совсѣмъ удаляетъ ихъ, замѣняя ихъ тампонами, пока не закроются раны.

Fowler при диффузныхъ перитонитахъ въ послѣопераціонномъ періодѣ рекомендуетъ въ теченіе 2—3—5 сутокъ возвышенное положеніе верхней части туловища; дренажи онъ удаляетъ на 8—10-я сутки. Изъ 9 его больныхъ, леченныхъ такимъ образомъ, всѣ выздоровѣли.

Другая же часть хирурговъ, (Mikulicz, Weir, Lange, Трояновъ, Ванахъ [1]), Krecke [2]), Krönlein, Hacker, Lauenstein, Graser, Fabricius [3]), Reichel [4]) Tietze, Rotter, Reclus, Bernay, Krogius и мн. др.) не только отказалась отъ промыванія брюшной полости въ теченіе всего послѣопераціоннаго промыванія брюшной полости въ теченіе всего послѣопераціоннаго періода, но даже и тотчасъ послѣ операціи. Промываніе брюшной полости, по мнѣнію названныхъ авторовъ не только безполезно—«Die Spielerei der Peritonealhöhle ist nur Spielerei»,—какъ выражается Reichel, но и опасно, такъ какъ мы никогда не можемъ знать степень распространенія перитонита и при промываніи легко можемъ занести инфекцію въ нетронутыя еще области брюшной полости. Кромѣ того, промываніе раздражаетъ серозный покровъ брюшины. *Безполезно* же промываніе потому, что оно не въ состояніи удалить изъ брюшной полости микробовъ, плотно сидящихъ на серозномъ покровѣ, часто зарытыхъ среди разрыхленныхъ эндотеліальныхъ клѣтокъ.

Вмѣсто промыванія цѣлесообразнѣе *тампонада брюшной полости марлей*. По вскрытіи брюшной полости экссудатъ удаляется

[1]) Ванахъ Р. Къ хирургіи круглой язвы 12-перстной кишки.—Больничная Газета Боткина № 5 - 7. 1898.

[2]) Krecke. Die Resultate des Laparotomie cei der diffusen eitrigen Peritonitis. Münch. med. Wochenschrift. 1891.

[3]) Fabricius. Ruptur eines Pyosalpinx und folgende eitrige Peritonitis bei einer Schwangeren.—Wiener klin. Wochenschrift. № 48. 1897.

[4]) Reichel. Beitr. zur Aetiologie und chir. Ther. der sept. Peritonitis.—Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. XXX. 1889.

губками или компрессами и въ мѣсто скопленія гноя вводятся тампоны. Тампонада большинствомъ иностранныхъ хирурговъ принята изъ іодоформной марли, что однако, нельзя признать цѣлесообразнымъ въ виду большой всасываемости брюшины и могущаго поэтому наступить отравленія, каковые случаи, дѣйствительно, наблюдались, судя по описаніямъ авторовъ. Употребленіемъ іодоформной марли преслѣдуютъ цѣли дезинфекціи, что однако, весьма гадательно.

У насъ въ Россіи хирургическій методъ леченія перитонитовъ тампонадой особенно хорошо разработанъ А. А. Трояновымъ.

Марлю для тампонады предпочтительнѣе, какъ уже говорилось выше (см. стр. 544), употреблять исключительно стерилизованную, что вполнѣ достигаетъ цѣли, такъ какъ тампоны дѣйствуютъ чисто физически, отводя содержимое изъ брюшной полости. Въ своихъ случаяхъ мы также употребляли исключительно стерилизованную марлю. Чтобы ускорить токъ эксудата по тампонамъ, цѣлесообразно смочить ихъ въ физіологическомъ растворѣ или въ стерилизованной водѣ. При скопленіяхъ эксудата въ полости малаго таза или въ боковыхъ частяхъ, весьма желательны противоотверстія съ дренажами въ заднемъ сводѣ у женщинъ и per rectum у мужчинъ и дѣвицъ и въ поясничныхъ областяхъ, какъ уже сказано на стр. 546.

Послѣопераціонное леченіе ведется въ двухъ направленіяхъ: во-1-хъ оно имѣетъ въ виду *общее состояніе* больного и во-2-хъ *мѣстное*—со стороны раны.

Со стороны *общаго состоянія* въ послѣопераціонномъ періодѣ прежде всего обращаетъ на себя вниманіе *рвота* послѣ наркоза. Въ связи съ раздраженіемъ брюшины, въ особенности, когда была вскрыта здоровая брюшная полость или при общемъ перитонитѣ, рвота отъ наркоза бываетъ очень частой и упорной, иногда съ примѣсью кишечнаго содержимаго. Наилучшимъ средствомъ противъ рвоты въ такихъ случаяхъ, какъ мы убѣдились въ томъ на многихъ больныхъ, это *полное воздержаніе* не только отъ пищи, *но и отъ питья*, даже въ небольшихъ количествахъ; безусловно долженъ быть оставленъ даже ледъ въ кусочкахъ, излюбленное средство послѣ наркоза; самое бо́льшее—можно разрѣшить брать въ ротъ кусочки льда, но не глотать ихъ; то же относится и къ лекарствамъ, назначаемымъ противъ рвоты (напримѣръ, опій, кокаинъ, t-ra jodi и т. п.), всѣ они производятъ какъ разъ обратное дѣйствіе. Противъ жажды и сухости во рту, на что часто жалуются больные послѣ операціи, клизма изъ физіологическаго раствора и обтираніе полости рта мокрымъ полотенцемъ имѣютъ хорошее дѣйствіе. Если удастся въ теченіе сутокъ удержать больныхъ отъ питья, то на второй день рвота прекращается. Если же, несмотря на принятыя мѣры, рвота продолжается, то это указываетъ, что желудокъ чрезмѣрно переполненъ и поэтому здѣсь весьма полезно *промываніе* его, что надо дѣлать въ полусидячемъ положеніи больного. Послѣ промыванія въ теченіе сутокъ опять безусловно необходимо полное воздержаніе отъ пищи и питья. Fowler промываніе желудка дѣлаетъ слабымъ борнымъ растворомъ и затѣмъ назначаетъ $^1/_4$ грана кокаина и 5 грань cerium oxalicum, что, будто бы, хорошо дѣйствуетъ противъ рвоты и тошноты. Мѣшокъ со льдомъ на область желудка также значительно умѣряетъ рвоту, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ, какъ мы убѣдились, даетъ прекрасный эффектъ пузырь съ *горячей водою*.

Вторую заботу въ послѣопераціонномъ теченіи вызываютъ *отправленія кишечника*. Въ этомъ отношеніи мы встрѣчаемся опять съ представителями двухъ противоположныхъ взглядовъ. Приверженцы *слабительныхъ* при леченіи перитифлитовъ и вообще перитонитовъ, назначающіе ихъ непосредственно передъ операціей, прибѣгаютъ къ нимъ и тотчасъ послѣ операціи изъ-за тѣхъ же соображеній, именно ради дренированія брюшной полости черезъ кишечникъ. Слабительныя (каломель или соли) назначаютъ довольно скоро послѣ операціи, такъ Bernays черезъ 12 часовъ, другіе (Fowler и др.) позднѣе—черезъ 24—36 часовъ—время, достаточное будто бы для образованія склеекъ. Въ особенности на слабительныхъ настаиваютъ при диффузныхъ перитонитахъ, какъ мы только что видѣли, англійскіе и американскіе хирурги, которые въ этихъ случаяхъ рекомендуютъ даже во время операціи впрыскивать въ самую верхнюю часть тонкихъ кишекъ растворъ Magn. sulfur., содержащій до 30 грм. соли, и кромѣ того, послѣ операціи назначаютъ каломель. Bruce Clark [1]) идетъ даже дальше, рекомендуя въ виду трудности опоражненія кишечника вскрывать его на операціи и на нѣкоторое время отверстіе вшивать въ брюшную рану (временный anus praeternaturalis).

Лично мы не назначаемъ слабительныхъ въ послѣопераціонномъ періодѣ ни при какихъ формахъ по тѣмъ же самымъ соображе-

[1]) Clark Bruce. Med. Soc. of London Jan. 23, 1899.—Brit. med. Journ. Jan. 28. 1899.

№№ по порядку.	№№ по журналу вскрытій.	Мѣстоположеніе слѣпой кишки.	Мѣстоотхожденіе червеобразнаго отростка.	Направленіе и мѣстоположеніе червеобразнаго отростка.	Особыя примѣчанія.
					отшнуровавшейся брюшной полости, т. е., вѣроятно, бывшая здѣсь fossa subcoecalis закрылась отъ остальной брюшной полости образовавшимися здѣсь склейками, такъ что червеобр. отростокъ оказался лежащимъ на большомъ протяженіи внѣбрюшинно.
20	285	Въ подвздошно-слѣпой ямкѣ съ диномъ, повернутымъ внутри и находящемъ на порядочное разстояніе за край m. psoas.	Отъ внутренно-задняго сегмента.	Идетъ внутри, свободно лежа между петлями тонкихъ кишекъ, по удаленіи которыхъ отростокъ опускается въ полость мал. таза.	
21	286	Въ подвздошно-слѣпой ямкѣ, съ диномъ, повернутымъ кзади-книзу и заходящимъ на порядочное разстояніе внутри за край m. psoas.	Отъ задняго сегмента.	Свободно спускается въ полость малаго таза, лежа свободно между половыми органами, ileum и петлями тонкихъ кишекъ.	
22	145	Слѣпая кишка повернута диномъ кверху и немного вправо и занимаетъ почти всю полость малаго таза (Рис. 6).	Отъ верхне-задне-внутренняго сегмента.	Поднимается вертикально вверхъ по внутреннему краю colon asc. подъ концомъ intest. ileï. Верхушка отростка стоитъ на высотѣ promontorium.	
23	146	—	Отъ задне-внутренняго сегмента, воронкообразно.	Идетъ горизонтально внутри параллельно концу intest. ileï, прилегая къ его нижней поверхности.	
24	147	—	Отростокъ сходитъ отъ внутренняго сегмента слѣпой кишки въ видѣ воронки съ ясно выраженными haustra.	Частью позади слѣпой кишки, кончикъ отростка свѣсился въ полость малаго таза.	
25	148		—	Черезъ край m. psoas сѣдлообразно довольно глубоко въ полость малаго таза.	
26	149	—	Отъ задне-внутренняго сегмента.	Поперекъ m. ileo-psoas съ верхушкой кнаружи позади слѣпой кишки.	
27	150		Отъ внутренняго сегмента.	Немного вверхъ и внутри между петлями кишекъ, свободно въ брюшной полости.	
28	151	—	Отъ задне-внутренняго сегмента.	Идетъ дугообразно черезъ край m. psoas внутри къ promontorium, откуда поднимается вверхъ, лежа подъ intest. ileï.	
29	152	—	Отъ задне-внутренняго сегмента.	Изгибаясь, поворачивается кнаружи, лежа позади слѣпой кишки поперекъ по m. ileo-psoas.	

НЕ ХИРУ

№№ по порядку.	№№ по журналу вскрытій.	Мѣстоположеніе слѣпой кишки.	Мѣстоотхожденіе червеобразнаго отростка.	Направленіе и мѣстоположеніе червеобразнаго отростка.	Особыя примѣчанія.
30	153	Слѣпая кишка довольно длинная и сидитъ на длинной брыжжейкѣ; конецъ восходящей части толстой кишки также имѣетъ брыжжейку на протяженіи около 10,0 стм.	Отъ задне-внутренняго сегмента.	Поднимается вверхъ по задне-внутренней поверхности восходящей толстой кишки вдоль наружнаго края m. psoas, оставаясь однако внутрибрюшинно.	

Мужскіе случаи.

31	672	Въ подвздошно-слѣпой ямкѣ съ дномъ, повернутымъ кнутри.	Отъ задне-внутренняго сегмента.	Кнутри отъ слѣпой кишки на сосудистомъ пучкѣ, весь въ склейкахъ, исключая верхушки; отростокъ лежитъ на высотѣ promontorium.	
32	677	Слѣпая кишка очень длинная, вся съ концомъ intest. ilei лежитъ въ полости малаго таза.	Отъ задне-внутренняго сегмента.	Свободно лежитъ въ полости малаго таза, на всемъ протяженіи соприкасаясь съ прямой кишкою.	
33	678	Въ подвздошно-слѣпой ямкѣ.	Отъ задне-внутренняго сегмента.	Перпендикулярно вверхъ на задне-внутренней поверхности colon ascendens, лежа на всемъ протяженіи внѣбрюшинно.	
34	679	Въ подвздошно-слѣпой ямкѣ.	Отъ задне-внутренняго сегмента.	Поднимается вверхъ позади colon ascend., оставаясь однако внутрибрюшинно.	
35	681	Слѣпая кишка находится въ срединѣ полости живота, дно ея повернуто кнутри, доходитъ почти до срединной линіи немного ниже пупка.	Отъ средины дна слѣпой кишки.	Лежитъ свободно въ полости живота.	
36	682	Въ подвздошно-слѣпой ямкѣ.	Отъ задне-внутренняго сегмента.	Извиваясь, идетъ кнаружи поперекъ подвздошной ямки позади слѣпой кишки, оставаясь на всемъ протяженіи внѣбрюшинно.	
37	684	Въ подвздошно-слѣпой ямкѣ.	Отъ задне-внутренняго сегмента.	На высотѣ promontorium перегибается черезъ край m. psoas и сосудистый пучекъ и спускается въ полость таза.	
38	685	Въ подвздошно-слѣпой ямкѣ.	Отъ задне-внутренняго сегмента.	Идетъ кнутри параллельно концу intest. ilei и своимъ кончикомъ свѣшивается къ promontorium въ полость м. таза.	

НБ ХНМУ

№№ по порядку.	№№ по журналу вскрытий.	Мѣстоположеніе слѣпой кишки.	Мѣстоотхожденіе червеобразнаго отростка.	Направленіе и мѣстоположеніе червеобразнаго отростка.	Особыя примѣчанія.
39	686	Въ подвздошно-слѣпой ямкѣ.	Отъ задне-внутренняго сегмента.	Поднимается вверхъ в. перегибаясь черезъ край m. psoas, опускается въ полость малаго таза немного ниже promontorium.	
40	687	Въ подвздошно-слѣпой ямкѣ.	Отъ задняго сегмента.	Въ склейкахъ позади слѣпой кишки на m. psoas.	
41	688	Въ подвздошно-слѣпой ямкѣ.	Отъ задне-внутренняго сегмента.	Идетъ поперекъ внутрь немного выше promontorium и параллельно концу intest. ilei, лежа свободно между петлями кишекъ, но удаленія которыхъ опускается въ полость малаго таза.	
42	689	Colon ascend, спускаясь до подвздошно-слѣпой ямки, поднимается затѣмъ вверхъ до высоты пупочной линіи, откуда слѣпая кишка повертывается своимъ дномъ впередъ, внутрь и книзу, доходя своимъ внутреннимъ краемъ до срединной линіи и пупка. (Рис. 12).	Отъ нижняго сегмента.	Почти отвѣсно спускается книзу черезъ мѣсто вхожденія intest. ilei въ слѣпую кишку и, прилегая къ внутренней сторонѣ перегнутаго здѣсь colon ascend., доходитъ своей верхушкой до внутренняго края m. psoas на высотѣ promontorium.	Слѣпая кишка и colon ascendens фиксированы въ описанномъ положеніи и со стѣнками живота обильными склейками.
43	691	Въ подвздошно-слѣпой ямкѣ.	Отъ задняго сегмента.	Позади слѣпой кишки, закрытый весь склейками и т. образ. какъ бы вибрюшинно.	
44	692	Въ подвздошно-слѣпой ямкѣ съ дномъ, повернутымъ кнутри, книзу. (Рис. 17).	Отъ задне-внутренняго сегмента.	Перегибаясь черезъ сосудистый пучекъ, спускается въ полость малаго таза, немного ниже promontorium.	
45	693	Правосторонняя мошоночная грыжа. Слѣпая кишка лежитъ надъ грыжевымъ отверстіемъ, черезъ которое проходитъ въ грыжу большая петля тонкихъ кишекъ вплоть до впаденія ихъ въ слѣпую кишку. (Рис. 23).	Отъ нижне - задне - внутренняго сегмента.	Подъ и сзади слѣпой кишки, поперекъ надъ грыжевымъ кольцомъ, съ верхушкой, обращенной кнаружи.	
46	694	Въ подвздошно-слѣпой ямкѣ съ дномъ, повернутымъ кнутри.	Отъ задне-внутренняго сегмента.	Вмѣстѣ съ концомъ intest. ilei направляется кнутри, свободно лежитъ между петлями кишекъ, по удаленіи которыхъ опускается въ полость малаго таза.	
47	695	Слѣпая кишка и восходящая, покрыты со всѣхъ сторонъ обильными склейками и такимъ образомъ лежатъ какъ бы вибрюшинно.	—	Вмѣстѣ со слѣпой кишкой отдѣлены отъ свободной брюшной полости обильными склейками.	
49	696	Въ подвздошно-слѣпой ямкѣ. съ дномъ, повернутымъ кнутри книзу.	Отъ задне-внутренняго сегмента.	Перегибаясь черезъ край m. psoas, и сосудистый пучекъ, спускается въ полость малаго таза, немного ниже promontorium.	

РВКИ

№№ по порядку.	№№ по журналу вскрытий.	Мѣстоположеніе слѣпой кишки.	Мѣстоотхожденіе червеобразнаго отростка.
49	697	Въ подвздошно-слѣпой ямкѣ, съ дномъ, повернутымъ внутри.	Отъ задне-внутренняго сегмента.
50	698	Въ подвздошно-слѣпой ямкѣ.	Отъ задняго сегмента.
51	699	Въ подвздошно-слѣпой ямкѣ, съ дномъ, повернутымъ внутри и книзу.	Отъ задне-внутренняго сегмента.
52	700	Слѣпая кишка повернута дномъ внутри и выходитъ изъ подвздошно-слѣпой ямки внутри, достигая позвоночника. (Рис. 3).	Отъ задне-внутренняго сегмента.
53	701	Слѣпая кишка повернута дномъ внутри и на значительное разстояніе заходитъ внутрь за край m. psoas, не достигая однако срединой линіи.	Отъ внутренняго сегмента.
54	702	Въ подвздошно-слѣпой ямкѣ.	Отъ задне-внутренняго сегмента, начальная часть отростка воронковидна.
55	703	Въ подвздошно-слѣпой ямкѣ съ дномъ, повернутымъ внутри и немного заходящимъ за край m. psoas.	Отъ задне-внутренняго сегмента.
56	704	Нисходящая толстая кишка, начиная отъ lien. lienalis, направляется косо внизъ и внутрь, такъ что слѣпая кишка лежитъ почти посредине полости живота немного ниже пупка и заходя на 1—2 пальца влѣво отъ срединой линіи.	Отъ задне-внутренняго сегмента.
57	705	Въ подвздошно-слѣпой ямкѣ съ дномъ, повернутымъ кнаружи книзу.	Отъ наружно-задне-нижняго сегмента.

Направленіе и мѣстоположеніе червеобразнаго отростка.	Особыя примѣчанія.
Идетъ параллельно intest. ilei кнутри, лежа между intest ilei и мочевымъ пузыремъ. (Рис. 16).	
Поднимается вверхъ позади слѣпой кишки, гдѣ лежитъ свернутымъ въ хорошо выраженной здѣсь fossa subcoecalis. (Рис. 21 и 22).	Величина fossa subcoecalis въ голубиное яйцо.
Лежитъ свернутымъ въ углу между слѣпой кишкой, концомъ intest. ilei и мочевымъ пузыремъ. (Рис. 16).	
Направляется позади слѣпой кишки кнаружи и затѣмъ поворачиваетъ назадъ, верхушкой выступая изъ-за слѣпой кишки и достигая лѣвой половины послѣдняго поясничнаго позвонка.	
Поднимается немного вверхъ по внутренней сторонѣ слѣпой кишки, а затѣмъ спускается внизъ, достигая своей верхушкой promontorium и лежа между слѣпой кишкой, концомъ intest. ilei и петлей тонкой кишки, лежащей въ маломъ тазу. (Рис. 15).	
Направляется кнутри, углубляясь въ забрюшинную клѣтчатку между листками брыжейки конечной части intest. ilei, такъ что большая часть отростка лежитъ забрюшинно, и только начальная часть на протяженіи 1—1,5 стм. лежитъ внутрибрюшинно.	
Свободно спускается въ полость малаго таза вмѣстѣ съ петлями тонкихъ кишекъ.	
Поднимается петлею вертикально вверхъ, немного влѣво отъ срединой линіи.	
Поднимается вверхъ кнаружи, позади слѣпой кишки, у наружно-задней поверхности ея. Верхушечная половина отростка лежитъ въ складкахъ, какъ бы забрюшинно.	

№№ по порядку.	№№ по журналу вскрытій.	Мѣстоположеніе слѣпой кишки.	Мѣстоотхожденіе червеобразнаго отростка.	Направленіе и мѣстоположеніе червеобразнаго отростка.	Особыя примѣчанія.
58	707	Въ подвздошно-слѣпой ямкѣ съ дномъ, обращеннымъ прямо книзу.	Отъ наружно-задне-нижняго сегмента.	Косо вверхъ кнаружи, немного не достигая crista ilei и все время оставаясь позади слѣпой кишки въ особой ямкѣ, образованной складками, идущими между слѣпой кишкой и боковой и задней стѣнками живота.	
59	708	Въ подвздошно-слѣпой ямкѣ, съ дномъ, повернутымъ кнутри книзу.	Отъ задне-внутренняго сегмента.	Кнутри отъ слѣпой кишки у внутренняго края m. psoas.	
60	709	Въ подвздошно-слѣпой ямкѣ, съ дномъ, повернутымъ кнутри книзу.	Отъ задне-внутренняго сегмента, начальная часть отростка воронковидная.	Параллельно кишкѣ ileum, идетъ кнутри, лежа немного выше promontorium свободно между петлями кишекъ, по удаленіи которыхъ опускается въ полость малаго таза.	
61	710	Слѣпая кишка лежитъ выше подвздошно-слѣпой ямки (не спустилась), повернувшись своимъ дномъ кнаружи и вверхъ, такъ что оно частью соприкасается съ нижней поверхностью правой доли печени и съ задней стѣнкой живота. Colon ascend. дугообразно выгнуто внутрь полости живота. (Рис. 10).	Отъ задне-верхняго сегмента.	Отростокъ лежитъ свернутымъ на нижней поверхности правой доли печени, между нею, слѣпой и восходящей толстой кишкою, не доходя до желчнаго пузыря пальца на 1—2.	Между слѣпой кишкой, у мѣста отхожденія червеобразнаго отростка, и задне-боковой стѣнкой живота имѣется широкій тяжъ, который какъ бы не допустилъ полнаго схожденія слѣпой кишки въ подвздошно-стѣпую ямку.
62	712	Слѣпая кишка невполнѣ спустилась въ подвздошно-слѣпую ямку, оставаясь немного ниже crista ilei, съ дномъ, обращеннымъ прямо книзу.	Отъ задне-внутренняго сегмента.	Позади и немного кнаружи отъ слѣпой кишки, въ хорошо выраженной здѣсь fossa subcoecalis.	
63	713	Слѣпая кишка заходитъ кнутри за край подвздошно-слѣпой ямки, дно ея обращено кнутри книзу.	Отъ задне-внутренняго сегмента.	Кнутри отъ слѣпой кишки свободно между петлями кишекъ.	
64	714	Въ подвздошно-слѣпой ямкѣ съ дномъ, повернутымъ кнутри и книзу и заходящимъ немного за край подвздошной ямки.	Отъ задне-внутренняго сегмента.	Отвѣсно спускается въ полость малаго таза, почти достигая его дна и соприкасаясь съ rectum и съ задней стѣнкой мочевого пузыря, который при наполненномъ состояніи, какъ въ данномъ случаѣ, совершенно закрываетъ отростокъ спереди.	
65	717	Въ подвздошно-слѣпой ямкѣ, не вполнѣ однако спустившись въ нее. Дно немного повернуто кнутри.	Отъ задняго сегмента.	Поднимается вверхъ позади слѣпой кишки и начало толстой, имѣющей здѣсь ясно выраженную брыжейку. Червеобразный отростокъ лежитъ у наружной стороны брыжейки, достигая своей верхушкой высоты crista ilei.	
66	718	Слѣпая кишка довольно значительно выходитъ кнутри за край подвздошно-слѣпой ямки, съ дномъ, повернутымъ кнутри.	Отъ задне-внутренняго сегмента.	Свободно между петлями кишекъ надъ входомъ въ малый тазъ.	

№№ по порядку.	№№ по журналу вскрытий.	Мѣстоположеніе слѣпой кишки.	Мѣстоотхожденіе червеобразнаго отростка.
67	719	Въ подвздошно-слѣпой ямкѣ, съ дномъ, немного повернутымъ кнутри.	Отъ заднаго сегмента.
68	720	Слѣпая кишка однимъ изъ своихъ сегментовъ значительно свѣсилась черезъ внутренній край m. psoas въ полость малаго таза. Дно слѣпой кишки повернуто кнутри. (Рис. 5).	Отъ задне-внутренняго сегмента.
69	721	Въ подвздошно-слѣпой ямкѣ, съ дномъ, повернутымъ кнутри.	Отъ задне-внутренняго сегмента.
70	722	Въ подвздошно-слѣпой ямкѣ, не вполнѣ спустившись въ нее. Дно слѣпой кишки повернуто кнутри.	Отростокъ отходитъ отъ внутренняго угла слѣпой кишки воронкообразнымъ началомъ, имѣющимъ haustra.
71	723	Въ подвздошно-слѣпой ямкѣ, съ дномъ, повернутымъ кнутри.	Отъ задне-внутренняго сегмента.
72	724	Въ подвздошно-слѣпой ямкѣ, не вполнѣ спустившись въ нее, съ дномъ, повернутымъ немного кнутри и внизъ.	Отъ нижне-внутренняго сегмента, почти отъ верхушки слѣпой кишки.
73	725	Слѣпая кишка лежитъ клѣщомъ въ полости малаго таза съ дномъ, повернутымъ къ правой стѣнкѣ таза.	Отъ задне-наружнаго сегмента.
74	726	Въ подвздошно-слѣпой ямкѣ, съ дномъ, повернутымъ кнутри.	Отъ задне-внутренняго сегмента.
75	727	Въ подвздошно-слѣпой ямкѣ, съ дномъ, повернутымъ кнутри и немного заходящимъ за край m. psoas.	Отъ задне-внутренняго сегмента.
76	728	Въ подвздошно-слѣпой ямкѣ, съ дномъ, повернутымъ кнутри книзу и заходящимъ немного за край m. psoas.	Отъ задне-внутренняго сегмента.

Направленіе и мѣстоположеніе червеобразнаго отростка.	Особыя примѣчанія.
Поднимается вверхъ и лежитъ позади слѣпой и начала толстой кишки съ наружной стороны хорошо развитой здѣсь брыжейки начала толстой кишки.	Брыжейка толстой кишки поднимается въ этомъ случаѣ до flex. hepatica.
На незначительномъ протяженіи поднимается вверхъ къ позвоночнику, гдѣ фиксируется склейками и затѣмъ круто перегибается и отвѣсно спускается въ полость малаго таза, достигая своей верхушкой его дна.	
Вначалѣ идетъ кнутри, параллельно и подъ intest. ileï, а затѣмъ за подошвѣ своего протяженія, достигнувъ почти средины позвоночника, спускается отвѣсно внизъ въ полость малаго таза сант. на 2,0 ниже promontorium.	
Лежитъ сверхумъ позади слѣпой кишки и intest. ileï въ подвздошной ямкѣ у наружнаго края m. psoas.	
Идетъ почти горизонтально кнутри къ позвоночнику, немного выше promontorium.	
Въ m. psoas кнутри и книзу отъ слѣпой кишки, съ верхушкой, обращенной кнутри.	
Въ полости малаго таза между слѣпой кишкой и правой стѣнкой таза.	
Позади мѣста впаденія intest. ileï въ слѣпую кишку въ ямкѣ, образованной ложными перепонками.	
Косвенно вверхъ кнаружи, по дну подвздошно-слѣпой ямки позади слѣпой кишки.	
Кнутри, свободно между петлями кишекъ, свѣшиваясь верхушкой до promontorium.	

№№ по порядку.	№№ по журналу вскрытія.	Мѣстоположеніе слѣпой кишки.	Мѣстоотхожденіе червеобразнаго отростка.	Направленіе и мѣстоположеніе червеобразнаго отростка.	Особыя примѣчанія.
77	729	Слѣпая кишка не вполнѣ спустилась въ подвздошно-слѣпую ямку, дно ея повернуто немного внутри.	Отъ нижне-задне-внутренняго сегмента.	Въ подвздошной ямкѣ на m. psoas ниже слѣпой кишки. (Рис. 7).	
78	730	Въ подвздошно-слѣпой ямкѣ, съ дномъ, повернутымъ кнутри книзу и немного заходящимъ за край m. psoas.	Отъ задне-внутренняго сегмента.	Спускается въ полость малаго таза по боковой его стѣнкѣ, лежа между послѣдней и концомъ intest. ilei, спускающимся также въ полость малаго таза.	
79	282	Слѣпая кишка повернута дномъ кпереди, лежитъ въ подвздошно-слѣпой ямкѣ.	Отъ задне-внутренняго сегмента.	Свободно между петлями кишекъ, вмѣстѣ съ которыми отростокъ, извиваясь, подходитъ къ правостороннему грыжевому отверстію.	Положеніе червеобр. отростка заставляетъ предполагать, что онъ не разъ былъ вмѣстѣ съ петлями тонкихъ кишекъ въ грыжевомъ мѣшкѣ.
80	283	Въ подвздошно-слѣпой ямкѣ, будучи фиксирована склейками къ боковой стѣнкѣ живота.	Отъ нижне-задне-внутренняго сегмента.	Перегибаясь черезъ край m. psoas, спускается въ полость малаго таза.	
81	289	Colon ascendens, начиная отъ flex. hepatica, косо спускается книзу внутрь полости живота, затѣмъ поворачиваетъ кнаружи, такъ что дно слѣпой кишки повернуто вправо и прилежитъ къ правой боковой стѣнкѣ живота надъ crista ilei и впереди почки. На мѣстѣ перегиба толстая кишка фиксирована склейками. Intest. ilei отходитъ отъ слѣпой кишки снизу и, извиваясь по дну подвздошно-слѣпой ямки, спускается въ полость малаго таза. (Рис. 9).	Отъ задняго сегмента.	Поднимается почти вертикально вверхъ позади слѣпой кишки и прилегаетъ своей верхушкой къ передней поверхности почки. Въ области червеобр. отростка также имѣются фиброзныя склейки, какъ и между петлями кишекъ.	
82	290	Въ подвздошно-слѣпой ямкѣ.	Отъ нижне-задне-внутренняго сегмента.	Проходитъ, извиваясь, по подвздошно-слѣпой ямкѣ и затѣмъ спускается въ полость малаго таза.	
83	291	Въ подвздошно-слѣпой ямкѣ.	Отъ задне-внутренняго сегмента.	Почти вертикально поднимается вверхъ позади слѣпой кишки и начала толстой, только на протяженіи $^1/_3$ у основанія внутрибрюшинно, а на остальномъ протяженіи внѣбрюшинно.	
84	292	Colon ascendens также какъ въ случаѣ № 81, начиная отъ flex. hepatica, спускается косо внизъ и внутрь въ полость живота и затѣмъ поворачиваетъ кнаружи; изогнутая такимъ образомъ толстая	Отъ задне-нижняго сегмента.	Позади слѣпой кишки и конца intest. ilei на высотѣ crista ilei.	

№№ по порядку.	№№ по эстрилу вскрытій.	Мѣстоположеніе слѣпой кишки.	Мѣстоотхожденіе червеобразнаго отростка.	Направленіе и мѣстоположеніе червеобразнаго отростка.	Особыя примѣчанія.
		кишка фиксирована склейками. Слѣпая кишка повернута дномъ кзади, плотнымъ прилегая [у позвоночника въ задней стѣнкѣ живота и лежа выше crista ilei.			
85	294	Въ подвздошно-слѣпой ямкѣ.	Отъ задне-внутренняго сегмента.	Направляется кнутри черезъ край m. psoas къ promontorium.	
86	296	Въ подвздошно-слѣпой ямкѣ, съ дномъ, повернутымъ кнутри съ весьма развитой средней haustra.	Отъ задне-внутренняго сегмента.	Почти отвѣсно свѣшивается внизъ по m. psoas позади слѣпой кишки.	
87	297	Въ подвздошно-слѣпой ямкѣ.	Отъ задне-внутренняго сегмента.	Перегибается черезъ край m. psoas и спускается въ полость малаго таза.	
88	298	Въ подвздошно-слѣпой ямкѣ.	Отъ задне-внутренняго сегмента.	Позади слѣпой кишки и конца intest. ilei, достигая до средины 3-го поясничнаго позвонка. Отростокъ почти весь лежитъ въ склейкахъ, какъ бы внѣбрюшинно, исключая верхушки, выступающей изъ подъ нижняго края int. ilei.	
89	299	Въ подвздошно-слѣпой ямкѣ, съ дномъ, немного повернутымъ кнутри.	Отъ задне-внутренняго сегмента.	Поперекъ m. psoas позади мѣста впаденія intest. ilei въ слѣпую кишку, только своей верхушкой свѣшивается черезъ край m. psoas.	
90	300	Въ подвздошно-слѣпой ямкѣ.	Отъ задне-внутренняго сегмента.	Поднимается вверхъ позади слѣпой кишки и начала толстой, помѣщаясь въ fossa subcoecalis.	
91	301	Въ подвздошно-слѣпой ямкѣ.	Отъ задне-внутренняго сегмента.	Кнутри, поперекъ m. psoas, достигая верхушкой почти средины позвоночника.	
92	302	Въ подвздошно-слѣпой ямкѣ.	Отъ заднаго сегмента.	Въ подвздошно-слѣпой ямкѣ на высотѣ promontorium, позади слѣпой кишки.	
93	303	Въ подвздошно-слѣпой ямкѣ.	Отъ задне-внутренняго сегмента.	Сначала поднимается вверхъ кнутри черезъ m. psoas и затѣмъ перегибается черезъ край m. psoas и спускается по правой сторонѣ позвоночника, достигая верхушкой до promontorium.	
94	304	Въ подвздошно-слѣпой ямкѣ съ дномъ, повернутымъ немного кнутри.	Отъ задне-внутренняго сегмента.	Направляется черезъ m. psoas косо кнутри внизъ, свѣшиваясь верхушкой черезъ край m. psoas до promontorium.	

№№ по порядку.	№№ по журналу вскрытій.	Мѣстоположеніе слѣпой кишки.	Мѣстоотхожденіе червеобразнаго отростка.	Направленіе и мѣстоположеніе червеобразнаго отростка.	Особыя примѣчанія.
95	305	Дно слѣпой кишки повернуто кнереди. Восходящая часть толстой кишки закрыта приклеившимся здѣсь сальникомъ, такъ что остается свободной только слѣпая кишка, которая также на наружной поверхности имѣетъ нѣсколько фиброзныхъ тяжей. Дно слѣпой кишки стоитъ немного выше crista ilei. (Рис. 8).	Отъ передне-нижне-внутренняго сегмента.	Идетъ косо внизъ внутрь мимо ileo-coecal'наго соединенія, достигая верхушкой до верхняго края symphysis sacro-iliaca.	
96	306	Въ подвздошно-слѣпой ямкѣ.	Отъ задне-внутренняго сегмента.	Отростокъ, завернутый въ завитокъ, лежитъ на m. iliacus, большею своею частью позади слѣпой кишки.	
97	307	Въ подвздошно-слѣпой ямкѣ, съ дномъ, немного повернутымъ кнутри. Справа слѣпая кишка фиксирована склейками къ боковой стѣнкѣ живота.	Отъ задне-внутренняго сегмента.	Косо вверхъ внутрь позади intest. ilei, достигая верхушкой межпозвоночнаго хряща между III и IV-ымъ пояснич. позвонками. (Рис. 19).	
98	311	Въ подвздошно-слѣпой ямкѣ. Начальная часть толстой кишки на довольно длинной брыжжейкѣ.	Отъ задне-внутренняго сегмента, воронкообразно.	Поднимается вверхъ позади слѣпой и начала толстой кишки по внутренней сторонѣ брыжжейки толстой кишки.	
99	298	Въ лѣвой подвздошной ямкѣ. (См. подроб. описаніе стр. 46—50).		Въ лѣвой подвздошной ямкѣ.	

НБ ХНМУ

ТАБЛИЦЫ

величины и состоянія червеобразнаго отростка.

НБ ХНМУ

№№ по порядку.	№№ по журналу.	Имя и фамилія.	Возрастъ.	Причина смерти.	Длина черв. отростка.	Толщина черв. отростка.	Форма черв. отростка.	Просвѣтъ черв. отростка.	Содержимое черв. отростка.	Состояніе слизистой черв. отростка.	Брыжейка черв. отростка.	Особыя примѣчанія.
					въ стм.	въ стм.						
								Женскіе случаи.				
1	264	Александра Т.	16	Colitis fibrin.	8,0	0,55	Совершен. прямой.	Всюду проходимъ.	Слѣды кровянистой слизи.	Слизистая инъецирована и слегка разрыхлена.	Брыжейка доходитъ до верхушки.	Серозный покровъ гладкій.
2	265	Анна Сем.	47	Nephritis . . .	9,5	0,5	Сложенъ почти пополамъ.	Всюду проходимъ.	Пустой.	Бѣдная.	—	Верхнее колѣно отростка прикрѣплено склейками къ рубцевозмѣненному корню брыжейки.
3	268	Авдотья Т.	62	Encephalomalacia.	3,6	0,6 Конецъ колбовид. вздутый.	Прямой.	Просвѣтъ посрединѣ, откуда начинается колбовидное вздутіе, *запущенъ*, въ колбовидной части расширенъ.	Густой гной.	На слизистой имѣются другъ противъ друга дѣянзвы въ 1,5 стм. діаметр.	Хорошо развитъ, съ умѣреннымъ количествомъ жира.	Серозный покровъ гладкій, блестящій.
4	269	Александра Д.	57	Anaemia gr. .	3,7	0,8	Прямой.	На всемъ протяженіи *запущенъ*.	—	—	—	Со стороны слѣпой кишки мѣстоотхожденіе отростка ясно выражено ямкой
5	270	Василиса Л.	35	Pyelonephritis	11,0	0,5	Дуговидный.	Всюду проходимъ.	Слизь съ жидкимъ каломъ, особенно во вздутой верхушкѣ, гдѣ такъ же имѣется до 10 мелкихъ фруктовыхъ сѣмячекъ (земляника).	Слегка инъецирована, особенно во вздутой части.	Съ обильнымъ жиромъ.	
6	271	Марфа Ег. . .	20	Nephritis . . .	9,5-10,0	0,5	Извилистый.	Всюду проходимъ.	Большое количество густой слизи.	Слегка инъецирована.		
7	272	Прасковья Т.	20	Nephritis . .	7,5	0,7—0,8	Сложенъ пополамъ.	Оч. широкій.	Гнойная слизь.	Сильно инъецирована, уголщена и разрыхлена, какъ бы покрыта мелкими язвами.		
8	273	Настасья Н.	56	Nephritis . .	3,5	0,6	Прямой.	*Запустѣлъ* на всемъ протяженіи.	—	—	—	Со стороны слѣпой кишки на мѣстѣ отверстія едва замѣтная ямка.

НВКНМ

№№ по порядку	№№ по журналу	Имя и фамилія.	Возрастъ.	Причина смерти.	Длина черв. отростка.	Толщина черв. отростка.	Форма черв. отростка.	Просвѣтъ черв. отростка.	Содержимое черв. отростка.	Состояніе слизистой черв. отростка.	Брыжейка черв. отростка.	Особыя примѣчанія.
9	274	Прасковья М.	60	Cancer ventr. .	7,0	0,45	Прямой.	Всюду проходимъ.	Слизь, а во вздутой верхушкѣ немного кала.	—	Со скуднымъ жиромъ.	
10	275	Анисья Гр. .	30	Pneumon. tuberc.	13,0	неравномѣрная: въ толстой части 0,55, въ тонкой въ видѣ нити.	Прямой	Сохраненъ только въ толстой части, въ остальной *запустѣлъ*.	—	—	—	Отростокъ представляетъ ту особенность, что имѣетъ нормальную толщину на протяженіи только 5,5 стм., на остальномъ же протяженіи онъ очень тонокъ и, кажется, что его продолженіемъ служитъ не всѣ слои, а только серозный. Верхушка вздута.
11	276	Аграфена Б. .	22	Endometritis puerp.	9,7	0,6—0,7	Дуговидный.	Широкій.	Жидкій калъ и два каловыхъ камня.	Блѣдная.	Съ порядочнымъ количествомъ жира.	
12	277	Александра Г.	52	Vitium cordis	4,5 безъ воронки.	0,45	Дуговидный.	*Запустѣлъ* на всемъ протяженіи.	—	—	—	Отростокъ начинается воронкообразно, съ ясно развитыми hausira.
13	278	Прасковья Г.	36	Colitis ulcer. .	6,7	0,6 верхушка вздута.	Прямой.	Всюду проходимъ, передъ вздутой верхушкой *сужѣлъ*, въ верхушкѣ расширенъ.	Густая слизь, а во вздутой части жидкій гной.	—	Съ порядочнымъ количествомъ жира.	
14	279	Анна Т. . . .	83	Cancer ventr. .	6,5	Не равномѣрная у основанія	Почти прямой.	Всюду проходимъ.	Густая слизь, вблизи верхушки жидкій калъ.		Безъ жира.	Отростокъ отходитъ воронкообразно, съ hausira.
15	280	Татьяна В. . .	13	Tuberculos. milias	7,7	0,4 у верхуш. 0,55	Дуговидный.	Всюду проходимъ.	Густая слизь.	Точечно пигментирована и сѣтка инъецирована.	Почти безъ жира.	

НБ КНМУ

№№ по порядку.	№№ по журналу.	Имя и фамилія.	Возрастъ.	Причина смерти.	Длина черв. отростка.	Толщина черв. отростка.	Форма черв. отростка.	Просвѣтъ черв. отростка.	Содержимое черв. отростка.	Состояніе слизистой черв отростка.	Брыжейка черв. отростка.	Особыя примѣчанія.
16	281	Марія С. . .	25	Tubercul. pulm.	7,0	0,55	Почти прямой.	Верхушка на протяженіи 1,5 стк. отшнурована и *запустѣла*. На остальномъ протяженіи просвѣтъ проходимъ.	Слѣды слизи.	Легкая инъекція.	Съ порядочнымъ количествомъ жира.	
17	282	Александра Н.	67	Cancer parotid.	12,0	0,5 вверху, тоньше.	Крючковидный.	Всюду проходимъ.	Слизь.	Бѣдная.	Брыжейка короткая.	Дно слѣпой кишки конусовидное.
18	283	Ирина Ч. . .	50	Typhus abd. .	8,0	0,7	Луковидный.	Въ верхушечной части на протяженіи 1,5 стк. *запустѣлъ*, въ остальной — проходимъ.	Жидкій гной.	Слегка инъецирована, утолщена и разрыхлена (тифозныя измѣн.).		
19	284	Марія М. . .	53	Tubercul. pulm.	5,3	0,55	Луковидный.	Всюду проходимъ, у основанія сужень.	Слизь и крошки кала.	Бѣдная.		
20	285	Марфа Л. . .	76	Nephritis chr.	13,0	0,65	—	Всюду проходимъ и оч. широкъ.	Большое количество густого кала, въ которомъ отмѣкиваются мелкія фруктовыя сѣмячки (смородины или земляники).	• Въ нижней инъецирована, въ остальной бѣдна.		
21	286	Наталія Т. .	55	Endocarditis .	10,0	0,55	Почти прямой.	Всюду проходимъ.	Густая слизь.	Слегка инъецирована и значительно инъецирована.	Съ порядочнымъ количествомъ жира.	
22	144	Вѣра С. . . .	28	Peritonitis pur.	8,0	—	—	Всюду проходимъ.	Слѣды слизи.	—	Съ обильнымъ жиромъ.	
23	145	Анна Л. . .	43	Tuberc. pulm.	9,0	—	Прямой.	*Запустѣлъ*, только у верхушки на протяженіи 0,5 сохранился.	Въ сохранившейся части просвѣта каловый камень въ горчичное зерно.	—	Безъ жира.	

НБКГМУ

№№ по порядку.	№№ по журналу.	Имя и фамилія.	Возрастъ.	Причина смерти.	Длина черв. отростка.	Толщина черв. отростка.	Форма черв. отростка.	Просвѣтъ черв. отростка.	Содержимое черв. отростка.	Состояніе слизистой черв. отростка.	Брыжжейка черв отростка.	Особыя примѣчанія.
24	146	Марія Я. . .	48	Enterocolitis emphysematosa et peritonitis . . .	Длина ворон. 4,0 Длина отрост. 5,0	—	—	*Запустѣлъ* на всемъ протяженіи.	—	—	Со скуднымъ жиромъ.	Начальная часть отростка воронкообразная съ ясно выраженными haustra.
25	147	Анна Еф. . .	26	Vitium cordis .	8,5	—	Прямой.	Всюду проходимъ.	Густая слизь.	Съ ясно выраженными фолликулами.	Со скуднымъ жиромъ.	Начальная часть отростка воронкообразная.
26	148	Александра М.	12	Sepsis	11,0		Извилистый.	Всюду проходимъ.	Порядочное количество слизи.			
27	149	Марія Ан. .	20	Echinococcus hepatis . . .	7,5	оч. толст.	Дуговидный.	Всюду проходимъ.	Тягучій гной и 2 каловыхъ камня въ виноградное зерно.	Разрыхлена.	Плохо развитая.	
28	150	Ольга Т. . .	27	Cirrhosis hép. .	13,0	-	Прямой.	Всюду проходимъ.	Каловые камни и густая слизь.	—	Съ богатымъ отложеніемъ жира.	
29	151	Вѣра Х. . . .	20	Pneum. croup.	12,5	—	Дуговидный.	Всюду проходимъ.	Сплошь наполненъ жидкимъ и густымъ каломъ, а у верхушки сгустившейся слизью.	Слегка инъецирована.	Со скуднымъ жиромъ.	
30	152	Екатерина К.	26	Intoxicatio ac. sulf.	8,0	—	Дуговидный.	Всюду проходимъ.	Густая слизь.	Легкая инъекція.	Безъ жиру.	
31	153	Варвара Д. .	24	Septicopyaemia puerper. . .	11,5	0,5	Крючковидный.	На протяженіи 5,0 стм. запустѣлъ.	2 каловыхъ камня въ горошину и чечевицу величиною.	—	Съ порядочнымъ количествомъ жира.	Соотвѣтственно положенію каловыхъ камней отростокъ четковидно вздутъ.

НБ ХНМУ

№№ по порядку.	№№ по журналу.	Имя и фамилія.	Возрастъ.	Причина смерти.	Длина червеобразнаго отростка.	Толщина червеобразнаго отростка.	Форма червеобразнаго отростка.
32	154	Софья Ц. .	59 л.	Carcinoma ovar.	6,0	0,55	Прямой.
33	156	Анна Ал. . .	15	Myelitis transv.	11,0	Не равномѣр. у основанія 1,0 у верхушки 0,6.	Дугообразн.
34	159	Александра Ш.	17	Nephritis chr.	7,5	0,6	Дугообразн.
35	160	Федосья Бол.	24	Myelitis transv.	3,5	0,45	Прямой.
36	161	Марія Вас. .	40	Alcoholismus.	6,0	0,6	Совершенно прямой.
37	162	Наталья Б. . .	18	Spondylitis tub.	7,5	0,65	—
38	163	Наталья Б . .	68	Carcinoma pancreatis .	8,5	0,5	Совершенно прямой.
39	164	Пелагея Кат.	13	Tuberculosis polm . .	8,0	0,5	Дугообразн.
40	165	Аниса Ст. . .	52	Aneurysma aortae. . . .	4,2	0,6 у основанія тоньше. 0.4	Прямой.

Просвѣтъ червеобразнаго отростка.	Содержимое червеобразнаго отростка.	Брыжейка.	Особыя примѣчанія.
На всемъ протяженіи *запустѣлъ*.	—	Съ порядочнымъ количествомъ жира.	Со стороны слѣпой кишки вокругъ отверстія рѣзко выраженная складка и на нѣкоторомъ разстояніи вторая, болѣе высокая складка, состоящая изъ слизистой.
Чрезвычайно широкій.	Слизь съ жидкимъ каломъ.	Съ умѣреннымъ жиромъ.	Отверстіе со стороны слѣпой кишки очень широкое.
Всюду проходимъ.	Слизь.	Съ умѣреннымъ жиромъ.	—
На всемъ протяженіи *запустѣлъ*.	—	Съ порядочнымъ количествомъ жира.	Со стороны слѣпой кишки мѣсто отверстія замѣтно какъ не глубокая ямка.
На верхушкѣ на протяженіи 1,5 см *запустѣлъ*, на остальномъ протяженіи сохранемъ.	Небольшое количество кала со слизью.	Съ богатымъ отложеніемъ жира.	Верхушка отростка немного вздута.
Всюду проходимъ.	Нѣсколько небольшихъ каловыхъ камней.	Брыжейки нѣтъ, червеобразн. отростокъ вплотную прилежитъ къ кишкѣ.	Наибольшій камень лежитъ въ слѣпой верхушкѣ, гдѣ слизистая совершенно гладкая, кожистая (атрофическая).
Всюду проходимъ.	Нижняя положина сидитъ наполнена каломъ и мелкими каловыми камнями.	Брыжейка съ чрезвычайно обильнымъ отложеніемъ жира.	—
Всюду проходимъ.	Слизь съ примѣсью кала.	Со скуднымъ жиромъ.	—
Всюду *запустѣлъ*.	—	—	Со стороны слѣпой кишки на мѣстѣ отверстія только точечная ямка.

НБ КИМУ

№№ по порядку	№№ по журналу	Имя и фамилія.	Возрастъ.	Причина смерти.	Длина червообразнаго отростка	Толщина червообразнаго отростка.	Форма червообразнаго отростка.
41	166	Лукерья И. . . .	34	Encephalomalacia	10,0	0,65-0,7	Почти прям.
42	167	Александра В. .	35	Pneumonia croup.	7,5	0,55	Прямой.
43	168	Татьяна Як. . . .	23	Nephritis chr. . .	7,0	0,65	Дугообразн.
44	169	Дарья Бар. . . .	70	Enteritis ac. haem.	1,1	0,6	—
45	170	Ольга Б. . . .	35	Pyelonephritis . .	8,5	0,6	—
46	171	Федосья Б. . . .	—	Carcinoma pyl. .	9,5	0,6	—
47	172	Александра Ф. .	60	Apoplexia cer.	7,0	0,7	—

Просвѣтъ червообразнаго отростка.	Содержимое червообразнаго отростка.	Брыжейка.	Особыя примѣчанія.
Расширенъ, всюду проходимъ.	Сплошь наполненъ каломъ, въ которомъ отыскано два сѣмячка (малиновыхъ или смородиновыхъ).	Съ обильнымъ жиромъ.	—
Всюду проходимъ, въ верхушечной части *расширенъ*.	Въ верхушечной части наполненъ каломъ, въ которомъ имѣются три мелкихъ фруктовыхъ сѣмячка (земляничныхъ или малиновыхъ).	Съ умѣреннымъ количествомъ жира.	—
Расширенъ, всюду проходимъ.	Наполненъ слизью, смѣшанной съ каломъ.	Съ обильнымъ жиромъ.	—
Запустѣлъ.		Съ обильнымъ жиромъ.	Червеобразный отростокъ въ видѣ сосцевиднаго придатка, но съ ясно выраженной брыжейкой, отходитъ отъ внутренней стороны кишки, тотчасъ подъ Ileo-coecal'нымъ соединеніемъ. Со слѣпой кишкой отростокъ соединенъ тонкой перемычкой, такъ что представляется какъ бы отшнурованнымъ. Мѣсто отверстія со стороны слѣпой кишки почти не опредѣляется.
Всюду проходимъ.	Пустой.	—	—
Всюду проходимъ.	Въ нижней половинѣ калъ.	—	—
Всюду проходимъ, въ нижнихъ $^2/_3$ *расширенъ*, въ верхней $^1/_3$ *суженъ*.	Въ расширенной части наполненъ жидкимъ каломъ.	—	—

НБ ХНМУ

№№ по порядку.	№№ по журналу.	Имя и фамилія.	Возрастъ.	Причина смерти.	Длина червеобразнаго отростка.	Толщина червеобразнаго отростка.	Форма червеобразнаго отростка
48	173	Берта Г. . . .	46	Septicopyaemia	4,5	0,25	—
49	174	Неонила К. . . .	33	Endocarditis chr.	7,0	0,6	—
50	176	Амалія І. . . .	64	Pneumonia croup.	5,5	0,6	—
51	178	Ефросинія Ст.	72	Nephritis chr. . .	7,0	0,3	—
52	180	Евгенія П. . . .	49	Carcinoma ventr.	9,5	0,6	—
53	181	Ефросинія В. .	51	Anaemia gr. m.	6,0	Неравномѣр., въ нижней половинѣ 0,6, въ верхней 0,4	Прямой.
54	182	Екатерина П. . .	17	Angina gangr. . .	10,0	0,6	Свернутъ въ завитокъ.

Просвѣтъ червеобразнаго отростка.	Содержимое червеобразнаго отростка.	Брыжейка.	Особыя примѣчанія.
Всюду запустѣлъ.	—	.	Червеобразный отростокъ представляется въ видѣ тоненькаго тяжа, но съ хорошо развитой брыжейкой. Со стороны слѣпой кишки отверстія нѣтъ и слѣда.
Просвѣтъ въ центральной части *суженъ*, а у верхушки на протяженіи 1,0 стм. *запустѣлъ.*	Почти по срединѣ лежитъ овальный, довольно твердый калевый камень—въ 1/2 стм. длиною. Ядро его состоитъ изъ кала же.	—	.
Верхушка на протяженіи 1,5 стм. *запустѣла*, въ остальной части просвѣтъ проходимъ.	Почти нѣтъ.	Короткая, безъ жира.	—
По всему протяженію *запустѣлъ.*	—	—	Червеобразный отростокъ представляется въ видѣ тонкаго шнурка, вмѣсто отверстія со стороны слѣпой кишки опредѣляется круговыми складками вокругъ точечной ямки.
Всюду проходимъ.	Связь.	—	—
Равномѣрно узкій.	Почти пустой.	Съ богатымъ отложеніемъ жира.	Толщина отростка въ нижней половинѣ, при равномѣрномъ просвѣтѣ, обусловлена толщиной стѣнокъ.
Всюду проходимъ.	Жидкій калъ.	Со скуднымъ отложеніемъ жира.	—

ЧБХИМУ

№№ по порядку.	№№ по журнал.	Имя и фамилія.	Возрастъ.	Причина смерти.	Длина червеобразнаго отростка.	Толщина червеобразнаго отростка.	Форма червеобразнаго отростка.	Просвѣтъ червеобразнаго отростка.	Содержимое червеобразнаго отростка.	Брыжжейка.	Особыя примѣчанія.
55	183	Екатерина В. .	50	Peritonitis tuberc.	6,5	0,6	Почти прям.	Просвѣтъ сохраненъ только въ начальной части на протяженіи 2,5 стм., въ остальной же части *запустѣлъ*.		Весьма короткая, но съ весьма обильнымъ отложеніемъ жира.	—
56	184	Надежда Из. . .	—	Aneurisma aortae .	6,5	0,45 въ нижней половинѣ еще тоньше.	Прямой.	Просвѣтъ проходимъ только въ начальной части на протяженіи 1,5 стм., въ остальной части *запустѣлъ*.	Слизь.	—	—
57	185	Прасковья Д. . .	48	Pleuropneumonia fibr.	9,5	0,55	Дуговидный.	Всюду проходимъ.	Слизь съ примѣсью кала.	Съ обильнымъ жиромъ.	—
58	189	Татьяна С. . . .	60	Carcinoma ventr. .	6,0	0,45	—	Всюду проходимъ, узкій.	Совершенно пустой.	—	—
59	190	Акулина Ш. . . .	40	Nephritis chr. . .	5,2	0,4	Крючковидн.	Всюду *запустѣлъ*.	—	—	Червеобразный отросток зарыт въ клѣтчатк (забрюшинной?). Со стороны слѣпой кишки мѣсто отхожденія червеобразнаго отростка отмѣчено въ видѣ точечной ямки.
60	191	Марья Лар. . . .	53	Tuberculosis pulm.	9,3	0,5	—	Проходимъ; только въ верхушечной части на протяженіи 1,5 стм. *запустѣлъ*.	Каловый камень у самого конца просвѣта.	—	
61	192	Александра Ис. .	26	Gangraena uteri .	8,2	0,65		Всюду проходимъ, передъ немного вздутой верхушкой небольш. суженіе.	Въ нижней трети, особенно во вздутой верхушкѣ, слизь.	—	Отъ слѣпой кишки отростокъ начинается широкимъ, почти воронкообразнымъ отверстіемъ.
62	194	Ксенія В. . . .	56	Pleuropneumonia fibr.	10,0	0,6	Почти прям.	Въ верхушкѣ на протяженіи 1,5 стм. *запустѣлъ*, въ остальной части проходимъ, почти посрединѣ небольшое вздутіе.	По всему просвѣту сѣроватая кашица (слизь).	Хорошо развита, съ обильнымъ жиромъ.	Слизистая на мѣстѣ вздутія отростка гладкая—атрофическая.

НБ ХМУ

№№ по порядку.	№№ по журналу.	Имя и фамилія.	Возрастъ.	Причина смерти.	Длина червеобразнаго отростка.	Толщина червеобразнаго отростка.	Форма червеобразнаго отростка.	Просвѣтъ червеобразнаго отростка.	Содержимое червеобразнаго отростка.	Брыжейка.	Особыя примѣчанія.
63	195	Ксенія Т. . . .	21	Typhus abd. . .	6,2	Неравномѣр., по среднѣ 0,6 въ остальн. частяхъ. 0,5	Прямой.	Всюду проходимъ.	На мѣстѣ утолщенія небольшое количество каза.	Съ порядочнымъ количествомъ жира.	
64	198	Настасья Гр. . .	45	Carcinoma duct. choled.	8,5	0,6 въ нижней части толще.	—	Широкій.	Въ нижней расширенной части порядочное количество слизи.	—	
65	200	Елена К. . . .	50	Melanosarcoma peritonei	11.0	0,55	. .	Въ верхушкѣ на протяженіи 1,0 стм. *запустѣлъ*, въ остальной части проходимъ.	Въ нижней половинѣ наполненъ каловыми камнями съ 3 мелкими фруктовыми сѣмячками (земляники).	Съ обильнымъ жиромъ.	Слизистая отростка гладкая, атрофическая.
66	201	Елена Из. . . .	34	Pelveoperitonitis.	7,5	0,6	Дугообразн.	Широкій.	Содержитъ кромѣ слизи одинъ небольшой каловый камень и множество коротких тонкихъ волосъ (съ головы).	Съ порядочнымъ количествомъ жира.	
67	202	Елизавета Ар. .	55	Meningitis ac. . .	9,5	0,7	Прямой.	Посрединѣ просвѣтъ на протяженіи 0,5 стм. *сужен* до крайности. Въ периферической части стѣнки крайне утолщены—до 0,3 стм., т. что ширина просвѣта здѣсь 0,1 стм.	Въ периферической части слизь; въ центральной мѣстѣ со слизью 2 небольшихъ, крапкихъ каловыхъ камня.	Съ умѣреннымъ количествомъ жира.	
68	203	Пелагея С. . . .	46	Pneumonia croup.	7,5	0,5	—	Въ верхушечной части *запустѣлъ*, въ остальной проходимъ, въ узокъ	—	Съ порядочнымъ количествомъ жира.	
69	207	Авдотья М. . . .	42	Insuf. valv. aortae.	4,4	0,5	Прямой.	Всюду проходимъ.	Слизь.	—	

НБУМЗ

№№ по порядку.	№№ по журналу.	Имя и фамилія.	Возрастъ.	Причина смерти.	Длина черв. отростка.	Толщина черв. отростка.	Форма черв. отростка.	Просвѣтъ черв. отростка.	Содержимое черв. отростка.	Состояніе слизистой черв. отростка.	Брыжейка черв. отростка.	Особыя примѣчанія.
								Мужскіе случаи.				
70	672	Акиндинъ М. .	55	Sclerosis aortae	3,5	—	Свернутъ пополамъ.	Просвѣтъ сохранился только въ средней части, у основаніи-же и въ нижней половинѣ *запустѣлъ.*	—	—	—	Верхнее колѣно отростка фиксировано склейками.
71	673	Степанъ Г. . .	42	Pneumon. pur.	13,0	0,6	0,7 Согнутъ подъ прямымъ угломъ.	Всюду проходимъ.	Сплошь наполненъ густымъ каломъ, особенно въ верхушкѣ.	Блѣдная.	Брыжейка доходитъ только до половины отростка.	Серозный покровъ отростка гладкій.
72	674	Василій П. .	50	Carcinoma linguae	8,0	0,6	Прямой.	Всюду проходимъ, у основаніи суженъ.	Густая гнойная слизь.	Слизистая темно-красно пигментирована, гораздо интенсивнѣе, чѣмъ слиз. кишекъ.	—	Серозный покровъ гладкій.
73	678	Иванъ М. . .	37	Nephritis . .	7,0	0,5	Прямой.	Всюду проходимъ.	Густой слизистый гной.	Интенсивна.	—	
74	679	Митрофанъ Ф.	17	Gangraena pulm.	11,0	Неравномѣрная. 0,6	Крючковидный.	Всюду проходимъ и расширенъ.	Жидкій гной, въ верхушкѣ со свертками.	Сильно пигментирована и инъецирована.	Почти безъ жира, но съ хорошо развитыми сосудами.	У основанія отростка длинный перехлопокъ. Серозный покровъ гладкій. Со стороны слѣпой кишки у отверстія ясно выраженная кольцевидная складка.
75	680	Рафаилъ Ж. .	68	Pneumon. croup.	7,0	Неравномѣрная. 0,55—0,3	—	На всемъ протяженіи *запустѣлъ.*	—	—	—	
76	681	Николай Д. .	57	Carcinoma hepat.	3,5	0,5	Прямой.	На всемъ протяженіи *запустѣлъ.*	—	—	Брыжейка съ застойными сосудами.	Со стороны слѣпой кишки на мѣстѣ отверстія точечная ямка.
77	682	Степанъ М. .	—	Carcinoma pylori.	9,2	0,6	Извилист.	Всюду проходимъ и щекъ.	Большое количество слизи, смѣшанной съ каломъ.	Сильно инъецирована, какъ и остального кишечника.	—	Со стороны слѣпой кишки у отверстія рѣзко выраженная полукруглая складка.

НБ КИМУ

№№ по порядку. №№ по журналу.	Имя и фамилія.	Возрастъ.	Причина смерти.	Длина черв. отростка.	Толщина черв. отростка.	Форма черв. отростка.	Просвѣтъ черв. отростка.	Содержимое черв. отростка.	Состояніе слизистой черв. отростка.	Брыжейка черв. отростка.	Особыя примѣчанія.
78 683	Степанъ С. .	–	Nephritis . .	10,5	0,55 внизу веретенообразный.	Прямой.	Всюду проходимъ и широкъ.	Тягучая слизь.	Сильно пигментирована, какъ и остального пищеч. канала.	Съ умѣреннымъ отложеніемъ жира.	
79 684	Матвѣй Н. .	36	Meningitis pur.	6,0	0,5 верхушка колбовидно вздута.	Дуговидн.	Всюду проходимъ, у основанія съуженъ.	Слизь, у верхушки небольшой (въ просяное зерно) бѣлый и довольно твердый камешекъ (изъ слизи).	Слизь, въ верхушечной части инъецирована.	—	
80 685	Иванъ К. . .	40	Septicopyaemia.	11,0	0,5	Дуговидн.	Всюду проходимъ.	Порядочное количество гнойной слизи.	—	Съ малымъ количествомъ жира.	
81 686	Дмитрій К .	25	Septicopyaemia.	12,0	0,4	Дуговидн.	Всюду проходимъ.	Пустой.	–	–	
82 687	Степанъ Ч. .	38	Typhus abd .	2,5	0,7		*Запустѣлъ* на всемъ протяженіи.	—	—		Отростокъ лежитъ въ склейкахъ.
83 688	Алексѣй К.	65	Apoplexia cereb	11,5	0,7 0,6	Почти прямой.	Въ верхушечной, значительно вздутой части замѣтенъ, на остальномъ протяженіи проходимъ.	Густая слизь.	—	Съ умѣреннымъ жиромъ.	При продольномъ разрѣзѣ отростка видно во вздутой части, что слизистая лежитъ зигзагообразно изгибаясь, какъ бы не вмѣщаясь по своей длинѣ внутри остальныхъ оболочекъ.
84 689	Андрей Ч. .	45	Myelitis transv.	6,0	0,7	Прямой.	Проходимъ на всемъ протяженіи и оч. широкъ.	Густой слизистый гной.	Блѣдная.	Со скуднымъ жиромъ.	

НБ ХНМУ

№№ по порядку.	№№ по журналу.	Имя и фамилія.	Возрастъ.	Причина смерти.	Длина черв. отростка.	Толщина черв. отростка.	Форма черв. отростка.	Просвѣтъ черв. отростка.	Содержимое черв. отростка.	Состояніе слизистой черв. отростка.	Брыжейка черв. отростка.	Особыя примѣчанія.
85	690	Федоръ Х. .	31	Typhus abd.	9,5	По сред. 1,0 стм., у основ. толщ.	Крючков.	Всюду проходимъ.	Слизь, гной и кровянистые гангреновые лоскуты.	Слизистая необыкновенно толста—0,4 стм., разрыхлена и поверхностно изъязвлена, назв. измѣненія распространяются на все протяженіе отростка, у основанія же имѣется большая язва, непрерывно продолжающаяся въ язву слѣпой кишки.	Съ порядочнымъ количествомъ жира.	Въ слѣпой кишкѣ, кромѣ упомянутой язвы, разбросано множество изъязвленныхъ солитарныхъ фоликуловъ, а въ Colon ascend. громадныя Пейеровы бляшки.
86	691	Мацѣй Г. . .	33	Typhus abd.	3,8	0,6	Прямой.	*Запустѣлъ* на всемъ протяженіи.	—	—	—	Отростокъ лежитъ закрытый въ складкахъ.
87	692	Павелъ М. . .	25	Alcoholismus .	8,5	0,5	Почти прямой.	Всюду проходимъ.	Слизь съ легкой каловой окраской въ верхушечной части.	Въ верхушечной части инъецирована.	Съ порядочнымъ отложеніемъ жира.	
88	693	Максимъ А. .	—	Apoplexia cer.	7,2	0,4	Почти прямой.	Проходимъ только на протяженіи 1,0 стм., въ остальной части *запустѣлъ*.	—	—	Со скуднымъ жиромъ.	
89	694	Константинъ Ф.		Tubercul. pulm.	7,4	0,6	Почти прямой.	Всюду проходимъ.	Въ верхушечной части два продолговатыхъ, довольно твердыхъ каловыхъ камня въ 1,4 стм. и 0,4 стм. длиною.	—	—	
90	695	Михаилъ Ж. .	36	Nephritis . .	4,5	0,6	Прямой.	Всюду проходимъ.	Много густой слизи.	—		
91	696	Левъ Ап. .	—	Pachymeningitis	6,5	0,7 оч. толст. стѣнка.	Прямой.	Всюду проходимъ, но узокъ.	Густая слизь.	Легкая инъекція.	Съ обильнымъ жиромъ.	

№№ по порядку.	№№ по журналу.	Имя и фамилія.	Возрастъ.	Причина смерти.	Длина черв. отростка.	Толщина черв. отростка.	Форма черв. отростка.	Просвѣтъ черв. отростка.	Содержимое черв. отростка.	Состояніе слизистой черв. отростка.	Брыжейка черв. отростка.	Особыя примѣчанія.
92	697	Григорій Т. .	39	Cancer recti. .	9,7	0,55 веретен. утолщенъ.	Прямой.	Всюду проходимъ.	Густая слизь.	Точечная пигментація.	Безъ жира.	
93	698	Болеславъ П.	15	Typhus abd. .	7,5	0,5 на прот. 2 четковидныхъ вздутія.	Согнутъ подъ прямымъ угломъ.	Всюду проходимъ.	Въ четковидныхъ вздутіяхъ два твердыхъ каловыхъ камня въ 1,2 и 0,7 стм. длин. Въ верхнемъ колѣнѣ кровь. (Было тифозное кишечное кровотеченіе).	Точечная пигментація.	—	
94	700	Иванъ С. . .	16	Meningitis pur.	11,0	0,5	Дугообразн.	Всюду проходимъ.	Слизь и небольшіе каловые куски.	Точечная пигментація и легкая инъекція.	Безъ жира.	
95	699	Станиславъ К.	39	Lues	дл.вор. 2,0 отростка 11,0	0,6	Почти прямой.	Всюду проходимъ.	Жидкій калъ.	Слизь съ рѣзко-выраженными фолликулами.	Со скуднымъ жиромъ.	Начальная часть отростка воронкообразная.
96	701	Максимъ С. .	30	Nephritis .	9,8	0,5	Почти прямой.	Всюду проходимъ.	Слизь и мелкіе каловые куски.	Слизь, хронически воспаленная, какъ и остального кишечника.	Со скуднымъ жиромъ.	Со стороны слѣпой кишки у отверстія рѣзко выраженная кольцевидная складка.
97	702	Федоръ К. .	20	Endocarditis .	5,0-6,0	0,55	Свернутъ дугой.	Всюду проходимъ.	Во вздутой верхушкѣ плотный, опалымый, каловый камень въ 1,0 стм. длиною. Изъ протяженіи еще два маленькихъ камня.	Сильно инъецирована, въ верхушечной части кромѣ того мелкіе бѣлые рубцы.	—	Отростокъ отходитъ отъ слѣпой кишки воронкообразно.
98	703	Григорій С. .	62	Pleuropneumonia fibrinos.	8,5	0,6	Прямой.	Всюду проходимъ и широкъ.	Въ нижней половинѣ порядочное количество жидкаго гноя съ каловой окраской.	Точечно пигментирована, а въ нижней половинѣ инъецирована.	Съ порядочнымъ количествомъ жира.	
99	704	Андрей Ч. .	55	Apoplexia cereb.	11,2	0,9 оч. тодст. стѣнка.	Прямой.	Всюду проходимъ, но оч. узокъ (въ 0,1 стм.).	Слизь.	..	Съ обильнымъ жиромъ.	

НБ КемГУ

№№ по порядку	№№ по журналу.	Имя и фамилія.	Возрастъ.	Причина смерти.	Длина черв. отростка.	Толщина черв. отростка.	Форма черв. отростка.	Просвѣтъ черв. отростка.	Содержимое черв. отростка.	Состояніе слизистой черв. отростка.	Брыжжейка черв. отростка.	Особыя примѣчанія.
100	705	Алексѣй Б. .	40	Nephritis . . .	7,5	0,6	Крючков.	Верхушечная часть на протяженіи 2,0 стм. *запустѣла*, въ остальной части проходимъ.	Слизь.	Инъецирована.	—	Верхушечная часть лежитъ зарыта въ склейкахъ, какъ бы внѣбрюшинно.
101	706	Кононъ С. .	50	Nephritis . . .	10,0	0,6	Согнутъ.	Всюду проходимъ, на мѣстѣ сгиба расширенъ, передъ тѣмъ съуженъ.	Слизь, а въ расширенной части каловый камень въ 1,5 стм. длиною.	—	Со скуднымъ жиромъ.	
102	707	Андрей Ок. .	32	Typhus abd. .	11.0	въ верхн. колѣнѣ 0,8 въ нижн. 0,6	Согнутъ по поламъ	Всюду проходимъ.	Густая гнойная слизь.	До мѣста сгиба сильно инъецирована.	—	Отростокъ лежитъ въ склейкахъ.
103	708	Петръ Ив. .	20	Meningitis tuberc. . . .	6,8	0,8	Согнутъ почти пополамъ.	Всюду проходимъ и оч. широкъ	Немного слизи.		—	Отростокъ лежитъ въ склейкахъ. Серозный покровъ, какъ и остальной брюшины покрытъ бугорками.
104	709	Иванъ Г. . .	33	Endocarditis .	9,5 воронки 2,0	0,55	Почти прямой.	Всюду проходимъ.	Густая слизь и два цилиндрическихъ каловыхъ камня.	—	Съ порядочнымъ количествомъ жира.	Отростокъ начинается воронкообразно.
105	710	Григорій С. .	47	Pleuropneumonia fibrinosa .	11,0	0,8 стѣнка оч. тонка.	Дуговидн.	Всюду проходимъ и оч. широкъ.	Большое количество жидкой гнойной слизи, каловыя крошки и небольшой кусокъ яичной скорлупы.	Слегка инъецирована.	Со скуднымъ жиромъ.	Со стороны слѣпой кишки отверстіе оч. широкое, съ ясно выраженной кольцевидной складкой вокругъ.
106	712	Григорій В. .	60	Sclerosis aortae.	8,0	0,6	Дуговидн.	Всюду проходимъ.	Жидкій калъ.	—	—	

НБ ХНМУ

№№ по порядку.	№№ по журналу.	Имя и фамилія.	Возрастъ.	Причина смерти.	Длина черв. отростка.	Толщина черв. отростка.	Форма черв. отростка.	Просвѣтъ черв. отростка.	Содержимое черв. отростка.	Состояніе слизистой черв. отростка.	Брыжейка черв. отростка.	Особыя примѣчанія.
107	713	Михаилъ Н.	45	Septicopyaemia	14,0	Неравномѣрная 0,7 стѣнка оч. тонка.	Дуговидн.	Въ верхушечной части на протяженіи 3,5 стм. *запустѣлъ*, въ остальной части расширенъ, особенно посрединѣ.	По всему просвѣту, особенно въ раздутой части, жидкій калъ со множествомъ мелкихъ фруктовыхъ сѣмячекъ (земляничныхъ) и съ осколкомъ вишневой скорлупы.	—	Съ обильнымъ жиромъ.	
108	714	Николай П. .	61	Apoplexia cereb.	6,5	0,55	Прямой.	Въ верхушечной части на протяженіи 2,0 стм. *запустѣлъ*, самая верхушка отшнурована; въ остальной части проходимъ.	Длинный (1,0 стм.), но тонкій, очень плотный каловый камень, съ кѣловымъ ядромъ, но со слизистымъ поверхностнымъ слоемъ.	Слизь, пигментирована, но безъ инъекціи.	Съ порядочнымъ отложеніемъ жира.	
109	717	Степанъ Н. .	59	Pneumon. croup.	5,5	0,6 оч. толст. стѣнка	Прямой.	Всюду проходимъ, но очень узокъ.	Тягучая слизь.		Съ порядочнымъ количествомъ жира.	
110	718	Андрей С . .	51	Apoplexia cereb.	7,5	0,7	Почти прямой.	Всюду проходимъ и расширенъ.	Калъ.	Сильная инъекція, особенно въ верхушечной половинѣ.	Съ умѣреннымъ отложеніемъ жира.	
111	719	Андресъ К. .	28	Alcoholismus .	5,2	0,5	Прямой.	На всемъ протяженіи *запустѣлъ*.	—	—	Со скуднымъ жиромъ.	
112	720	Павелъ А. . .	17	Typhus abd.	12,0	0,55	Дуговидн.	Всюду проходимъ и немного расширенъ.	Большое количество гнойной слизи.	Сплошь интенсивно аспидно пигментирована	—	Пигментація слизистой отростка такая же, какъ на слизистой тонкихъ и толстыхъ кишекъ. (Гнойный процессъ былъ въ отросткѣ).
113	721	Константинъ Г.	40	Pleuropneumonia fibrinosa	9,5	0,55	Дуговидн.	Всюду проходимъ.	Густая слизь съ каловой окраской.	Въ верхушкѣ легкая инъекція.		

НЕКАМУ

№№ по порядку.	№№ по журналу.	Имя и фамилія.	Возрастъ.	Причина смерти.	Длина черв. отростка.	Толщина черв. отростка.	Форма черв. отростка.	Просвѣтъ черв. отростка.	Содержимое черв. отростка.	Состояніе слизистой черв. отростка.	Брыжейка черв. отростка.	Особыя примѣчанія.
1	4	722	Александръ А.	18	Pneumon. tuberc.	11,5	0,6	Дуговидн.	Всюду проходимъ.	Жидкая слизь.	Инъецирована.	Безъ жира.	Начальная часть отростка воронковидная, съ haustra.
115	723	Василій В. . .	26	Typhus abd. .	10,0	0,5	Крючков.	Всюду проходимъ.	Слизистый гной, а вблизи отверстія калъ.	Аспидно пигментирована, а въ верхушечной части инъецирована и разрыхлена.	Со скуднымъ жиромъ.	
116	724	Ефимъ К. . .	38	Cirrhosis hepatis	3,2	1,0 стѣнка оч. толст.			Густой слизистый гной.	Отечна, инъецирована, разрыхлена и покрыта дифтеритическимъ налетомъ.	—	
117	725	Михаилъ В. .	40	Myelitis transv.	6,0	0,7 стѣнка толстая.	Дуговидн.	Всюду проходимъ, у отверстія съуженъ.	Слизь съ примѣсью кала.	У самой верхушки небольшая язва, а посредин аспидно пигментированное мѣсто, какъ бы отъ бывшей здѣсь язвы.	Безъ жира.	
118	726	Кузьма В. . .	22	Tetanus . .	9,0	Неравн. у верхуш. половины 0,35 у основ. 0,8	Свернутъ вдвое.	Въ центральной половинѣ расширенъ, въ верхушечной половинѣ сжатъ.	Слизь съ примѣсью кала и одна личинка ascar. lumbric.	—	Со скуднымъ жиромъ.	Отростокъ лежитъ въ складкахъ.
119	727	Иванъ М. . .	24	Septicopyaemia	10,0	0,7	Дуговидн.	Всюду проходимъ и расширенъ.	Слизь и порядочное количество густого кала.	Точечно пигментирована, а въ верхушкѣ инъецирована.	Со скуднымъ жиромъ.	

№№ по порядку.	№№ по журналу.	Имя и фамилія.	Возрастъ.	Причина смерти.	Длина черв. отростка.	Толщина черв. отростка.	Форма черв. отростка.	Просвѣтъ черв. отростка.	Содержимое черв. отростка.	Состояніе слизистой черв. отростка.	Брыжейка черв. отростка.	Особыя примѣчанія.
120	728	Іоганесъ М. .	40	Cancer renis.	8,0	0,55	—	Всюду проходимъ.	Жидкій калъ.	Инъецирована, особенно въ верхушечной части.	Съ обильнымъ жиромъ.	
121	729	Василій К. .	15	Lues	5,0	0,6 стѣнка толстая.	Почти прямой.	Всюду проходимъ.	Густая слизь.	Утолщена и инъецирована.	Съ порядочнымъ количествомъ жира.	
122	210	Джена Л. . .	21	Abscessus hep.	9,0	0,6—0,7	Дуговидн.	Всюду проходимъ.	Густой калъ и сгущенная слизь.	Значительная пигментація.	Со скуднымъ отложеніемъ жира.	
123	282	Федоръ Ф. . .	69	Pneumonia chr.	11,0	—	Извилист.	Всюду проходимъ.	Въ колбовидной верхушкѣ слизь съ калов. крошками.	Инъекція, особенно у верхушки.	Со скуднымъ отложеніемъ жира.	
124	283	Моисей Ан. .	65	Rupiura cordis..	7,5	—	—	Наполовину *запустѣлъ.*	—		Хорошо развита.	Слѣпая кишка фиксирована къ боковой стѣнкѣ живота склейками.
125	285	Александръ Х.	58	Nephritis	15,0	—	—	Всюду проходимъ.	Слизь съ примѣсью кала.		—	
126	289	Матвѣй Т. .	37	Nephritis . .	8,5	—	Прямой.	Всюду проходимъ.	Наполненъ густою слизью съ однимъ калов. камнемъ, въ верхушкѣ имѣется комокъ сгущенной слизи.	—	—	Со стороны слѣпой кишки вокругъ отверстія ясно выраженная кольцевидная складка. Въ области отростка имѣются фиброзныя склейки.
127	290	Никифоръ М.	71	Marasmus	10,5	—	Извилист.	Всюду проходимъ.	Слѣды слизи.	Гладкая.	Безъ жира.	
128	291	Николай С. .	38	Cancer oesoph.	6,0	—	—	*Запустѣлъ* по всему протяженію.	—	—	—	Отростокъ лежитъ въ склейкахъ.
129	292	Иванъ Г. . .	18	Cirrhosis hep.	9,0	Неравн.	Свернутъ въ завитокъ.	Просвѣтъ въ центральной половинѣ сужент, въ верхушечной—широкій.	Слизь.	Инъецирована, (кал. и остальн. кишечника).	—	

НЕВЫН

№№ по порядку.	№№ по журналу	Имя и фамилія.	Возрастъ.	Причина смерти.	Длина черв. отростка	Толщина черв. отростка.	Форма черв. отростка.	Просвѣтъ черв. отростка.	Содержимое черв. отростка.	Состояніе слизистой черв. отростка.	Брыжжейка черв. отростка.	Особыя примѣчанія.
130	294	Василій В. .	19	Typhus abd. .	9,0	— Конецъ колбовидно вздутъ.	Извилист.	Всюду проходимъ, посрединѣ сужено.	Слизисто-гнойное, а въ колбовидной части жидкій калъ.	Въ расширенной части инъецирована.		
131	295	Архипъ Б. .	18	Nephritis . . .	8,0	—	—	Всюду проходимъ.	Слизь.	Инъецирована.	—	
132	296	Платонъ Ж. .	56	Pleuropneumonia, colitis .	5,0	—	Прямой.	У основанія немного сужен., въ остальной части расширенъ.	Немного слизи.	—	Съ порядочнымъ отложеніемъ жира.	
133	297	Моисей Ев. .	61	Pleuropneumonia fibrinosa	8,0	—	Извилист.	Всюду проходимъ.	Пустой.	Гладкая, атрофическая.	Со скуднымъ отложеніемъ жира.	Верхушка кольцевидно отшнурована.
134	298	Василій С. . .	73	Pleuropneumonia fibrin. .	5,5	—	Изогнутъ въ видѣ глагола.	*Запустѣлъ* на всемъ протяженіи.	—	—	—	Отростокъ весь лежитъ въ склейкахъ.
135	299	Константинъ К.	13	Typhus abd. .	6,0	—	Дуговидн.	Всюду проходимъ.	Густая слизь.	Сѣтка инъецирована, съ рѣзко выраженными фолликулами.	Безъ жира.	
136	300	Петръ Т. .	35	Pleuropneumonia fibrin. .	4,0	—	Прямой.	Въ верхушечной части на протяженіи 0,5 стм. *запустѣлъ*, въ остальной проходимъ.	Скудное количество слизи.	Сильно инъецирована.	Съ порядочнымъ количествомъ жира.	
137	301	Елиферій С. .	48	Pleuropneumonia fibrin . .	7,5	—	Прямой.	У основанія немного сужен., у верхушки расширенъ.	Небольшое количество густой слизи.	Сѣтка инъецирована.	Со скуднымъ отложеніемъ жира.	
138	302	Герасимъ К.	55	Erysipelas . .	4,5	—	Прямой.	Всюду проходимъ, не узокъ.	Слизь.	Мѣстами инъецирована.	Со скуднымъ отложеніемъ жира.	

НЕ КНИГУ

№№ по порядку.	№№ по журналу.	Имя и фамилія.	Возрастъ.	Причина смерти.	Длина черв. отростка.	Толщина черв. отростка.	Форма черв. отростка.	Просвѣтъ черв. отростка.	Содержимое черв. отростка.	Состояніе слизистой черв. отростка.	Брыжжейка черв. отростка.	Особыя примѣчанія.
139	303	Григорій С.	52	Tubercul. mil.	7,0	0,5	Дуговидн.	Верхушка *запустѣла*, въ остальной части проходимъ.	Густая слизь.	Гладкая, блестящая.	Со скуднымъ отложеніемъ жира.	
140	304	Іосифъ К.	39	Endocarditis	6,0	0,4	Почти прямой.	Верхушка *запустѣла* на протяженіи 0,5 стм. въ остальной части проходимъ.	Слизистый гной.	Сильно инъецирована.	Со скуднымъ отложеніемъ жира.	
141	305	Григорій Т.	44	Influenza	6,0-7,0	0,35 верхушка вздута.	Дуговидн.	На всемъ протяженіи *запустѣлъ*.			Съ громаднымъ отложеніемъ жира.	
142	306	Семенъ Ш.	25	Erysipelas	12,0	Оч. толст.	Свернутъ въ завитокъ.	Всюду проходимъ.	Очень длинная круглая глиста (см. рис. 25).	—	Со скуднымъ жиромъ, но съ хорошо развитыми сосудами.	
143	307	Ефимъ Т.	50	Pneumon. croup.	7,5	0,35	Почти прямой.	Всюду проходимъ, но узокъ.	Слизистый гной съ каловыми крошками.	Слегка инъецирована, атрофическая.	Съ умѣреннымъ отложеніемъ жира.	
144	308	Иванъ М.	52	Pneumon. croup.	6,2	0,6 оч. толст. стѣнка.	Слегка изогнутъ.	Всюду проходимъ.	Густая слизь.	Значительно пигментирована.	Съ порядочнымъ количествомъ жира	
145	309	Николай Од.	45	Influenza	10,0	0,6	Прямой	Всюду проходимъ.	Порядочное количество густого кала и густой слизи.	Атрофическая.	Со скуднымъ отложеніемъ жира	
146	311	Лаврентій В.	55	Pleuritis pur.	8,0 и вор. 2,5	0,6	Крючков.	Всюду проходимъ.	Порядочное количество густого кала и жидкаго гноя.	Значительно пигментирована.	Съ порядочнымъ отложеніемъ жира.	Отростокъ начинается воронкообразно.

НЕ ХИМИ

№№ по порядку.	№№ по журналу.	Имя и фамилія.	Возрастъ.	Причина смерти.	Длина червеобразнаго отростка.	Толщина червеобразнаго отростка.	Форма червеобразнаго отростка.
147	313	Тимофѣй Ан. . .	49	Pneumonia croup.	9,5	0,5	—
148	314	Иванъ Д.	80	Nephritis chr. .	дл. до вор. 8,5 дл. вор. 2,0	0,5	Свернутъ въ завитокъ.
149	315	Карлъ Ф. . .	70	Nephritis chr. . .	10,5	0,5	—
150	316	Иванъ П.	19	Septicopyaemia .	11,0	Неравномѣрная, мѣстами до 0,8 стм.	Свернутъ завитокъ.
151	317	Никита Т. . . .	48	Septicopyaemia .	7,0	0,5	—
152	318	Павелъ Ф. . . .	46	Tuberculosis pulm.	до вор. 3,5 дл. вор. 2,5	Толщина у верхушки 0,5 вблизи воронки 0,2—0,3	—
153	319	Игнатій В. . . .	26	Epilepsia	9,5	0,6	—
154	320	Иванъ С.	15	Abcessus cerebri .	7,0	0,7	—
155	321	Карлъ Ян. . . .	20	Septicopyaemia .	8,0	0,6	—
156	322	Николай Т. . .	14	Peritonitis tuberculosa . .	9,0	Неравномѣрная.	Дугообразный.

Просвѣтъ червеобразнаго отростка.	Содержимое червеобразнаго отростка.	Брыжейка.	Особыя примѣчанія.
Всюду проходимъ.	Слѣды слизи.	Очень длинная.	
Всюду проходимъ.	Слѣды слизи.	Очень короткая.	Отростокъ отходитъ отъ слѣпой кишки воронкообразно.
Всюду проходимъ.	Порядочное количество кровянистой слизи.	Длинная.	Слизистая отростка разрыхлена и инъецирована.
Всюду проходимъ и расширенъ.	Въ колбовидно вздутой верхушкѣ калевой камень въ 1,5 стм. длиною, мягкой консистенціи.	Короткая, со скуднымъ жиромъ	
Всюду проходимъ.	Слизь	Длинная, съ умѣреннымъ жиромъ.	
Просвѣтъ на всемъ протяженіи до воронки *затрудненъ.*	—	—	Отростокъ отходитъ отъ слѣпой кишки воронкообразно.
Широкій.	Пустой, но у верхушки овальный калевой камень въ 1,0 стм. длиною, въ центрѣ плодовое сѣмячко отъ груши.	—	
Расширенъ.	Калевая каша.	Длинная; сосуды инъецированы.	
Всюду проходимъ.	Густая слизь съ примѣсью кала и мягкихъ калевыхъ камней.	Съ обильнымъ жиромъ.	
Всюду проходимъ.	. .	—	На слизистой слѣпой кишки въ области отверстія червеобразнаго отростка большая язва съ прободеніемъ, на слизистой отростка также язва съ прободеніемъ (?). Петли кишекъ склеены между собою.

№№ по порядку.	№№ по журналу.	Имя и фамилія.	Возрастъ.	Причина смерти.	Длина червеобразнаго отростка.	Толщина червеобразнаго отростка.	Форма червеобразнаго отростка.
157	323	Василій Ч. . . .	33	Scorbutus . .	9,0	0,7	—
158	324	Александръ Ж. .	44	Carcinoma ling.	8,0	0,5	—
159	325	Александръ Н. .	44	Pyelonephritis . .	6,5	0,6	Дугообразный.
160	326	Петръ Н.	26	Typhus abd. . . .	7,0	0,5	Дугообразный.
161	327	Александръ Ан. .	27	Pleuropneumonia fibr. . . .	10,5	Неравном. 2/3 периф. толще центр. наиб. толст. 0,7	—
162	328	Петръ Г.	64	Carcinoma ventr. .	5,4	Въ нижней 0,6 въ верхней 0,45	Прямой.
163	329	Иванъ Б.	17	Typhus abd. . .	6,8	0,55	Дугообразный.
164	330	Антонъ Ф. . . .	15	Intoxicatio kali chlorico	7,5	0,3	Почти прямой.
165	331	Борисъ Аф. . .	70	Carcinoma pulm.	6,0	0,55	Свернутъ въ завитокъ.

Просвѣтъ червеобразнаго отростка.	Содержимое червеобразнаго отростка.	Брыжейка.	Особыя примѣчанія.
Широкій.	Каловая каша.	Коротка.	
Всюду проходимъ.	Слѣды слизи.	—	
Всюду проходимъ.	Слѣды слизи.	Съ умѣреннымъ жиромъ.	
Всюду проходимъ.	Въ нижней половинѣ каловая кашица.	—	Со стороны слѣпой кишки вокругъ отверстія отростка въ сторону valv. Bauchinii поднимается высокій полукружный валикъ, состоящій изъ слизистой.
Всюду проходимъ.	Густая кашица въ расширенной части.	—	
Въ верхушечной половинѣ *запустѣлъ*, въ центральной проходимъ.	—	Со скуднымъ жиромъ.	
Всюду проходимъ, но оч. узокъ.	Слѣды слизи.	Безъ жира.	
По всему протяженію *запустѣлъ*.	—	Съ обильнымъ жиромъ.	Со стороны слѣпой кишки мѣсто отхожденія отростка совсѣмъ незамѣтно.
Въ верхушечной части на протяженіи 1,0 стм. *запустѣлъ*, въ остальной части оч. суженъ.	Слизь.	Съ порядочнымъ количествомъ жира.	Со стороны слѣпой кишки у отверстія отростка рѣзко выраженная круговая складка.

НБХНМУ

№№ по порядку. №№ по журналу.	Имя и фамилія.	Возрастъ.	Причина смерти.	Длина червеобразнаго отростка.	Толщина червеобразнаго отростка.	Форма червеобразнаго отростка.	Просвѣтъ червеобразнаго отростка.	Содержимое червеобразнаго отростка.	Брыжейка.	Особыя примѣчанія.
166 334	Иванъ М. . . .	60	Pleuropneumonia fibrin.	5,5	0,6	Прямой.	Просвѣтъ сужень до крайности и сохраненъ только въ начальной части на протяженіи 2,0 стм., въ остальной части *запустѣлъ*.	—	Съ порядочнымъ отложеніемъ жира.	
167 337	Абрамъ А. . . .	57	Septicopyaemia .	7,5	0,6	Дуговидный.	Всюду проходимъ.	Въ верхушкѣ кроѣ слизи содержится рыбья косточка (1,9 стм. длиною), обращенная остріемъ кверху. Въ верхней части вблизи основанія порядочное количество кала.	Со скуднымъ жиромъ.	Слизистая отростка на мѣстѣ сгиба кала гладкая—атрофическая.
168 338	Иванъ С. . . .	35	Alcoholismus . .	7,0	0,7	Дуговидный.	Всюду проходимъ.	Порядочное количество кала.	Со скуднымъ жиромъ.	Стѣнки отростка очень тонки. Слизистая отростка гладкая, кожистая –атрофическая.
169 339	Михаилъ С. . . .	41	Pleuropneumonia fibrin. . . .	6,0	0,6 у верхушки 0,4—0,35	—	Въ верхушечной части на протяженіи 2,0 стм. *запустѣлъ*.	—	—	Отростокъ лежитъ зарытый въ склейкахъ.
170 340	Семенъ Л. . .	38	Typhus abd. . .	9,6	0,5	—	Всюду проходимъ.	Небольшое количество слизи.	—	
171 341	Иванъ Н. . . .	27	Angiocholitis . .	3,5	0,6	Крючковидн., плотнофиксированный въ сстн. полож. крѣпкими склейками.	Въ начальной части на протяженіи 1,0 стм. сохраненъ, въ остальной части *запустѣлъ*.	—	—	Въ запустѣвшей части имѣется ощута осебенность, что на мѣстѣ перегиба на протяженіи 1,0 стм. отростокъ значительно тоньше—до 0,4 стм. и производитъ впечатлѣніе, что здѣсь былъ когда-то процессъ, раз-

№№ по порядку.	№№ по журналу.	Имя и фамилія.	Возрастъ.	Причина смерти.	Длина червеобразнаго отростка.	Толщина червеобразнаго отростка.	Форма червеобразнаго отростка	Просвѣтъ червеобразнаго отростка.	Содержимое червеобразнаго отростка.	Брыжжейка.	Особыя примѣчанія.
											рушившій отростокъ въ этомъ мѣстѣ, такъ какъ здѣсь вокругъ обильно залегли склейки, съ трудомъ удаляемыя съ отростка. Склейки настолько плотно прилегли къ указанному мѣсту, что по первому взгляду толщина отростка кажется равномѣрной по всему протяженію.
172	342	Никифоръ И. . .	20	Erysipelas fac. .	7,0	Въ нижней половинѣ 1,0 въ верхней 0,7	Дуговидный.	Просвѣтъ оч. *широкій*, только у самаго отверстія до крайности съуженъ, и, вѣроятно, совершенно *закрытъ*, т.-к. зондъ прошелъ здѣсь съ чрезвычайнымъ усиліемъ	Большое количество гнойной жидкости (Empyema proc. vermiformis).	Съ весьма обильнымъ жиромъ.	Слизистая отростка гладкая, кожистая, а въ одномъ мѣстѣ, на сторонѣ прикрѣпленія брыжжейки, шероховата. Сосуды брыжжейки въ этомъ мѣстѣ сильно налиты и тверды (какъ бы склерозированы) и сама брыжжейка въ этой части какъ бы инфильтрирована и довольно толста (0,4—0,5 стм.). Серозный покровъ брыжжейки гладкій и блестящій. Этотъ случай можетъ служить примѣромъ распространенія инфекціи изъ полости червеобразнаго отростка по ходу брыжжейки, по ея лимфатическимъ и кровеноснымъ путямъ, забрюшинно, хотя отростокъ лежитъ внутрибрюшинно.
173	343	Михаилъ Б. . .	51	Nephritis chr. . .	9,5	0,6 Оч. толстая стѣнка.	Дуговидный.	Всюду проходимъ, но оч. узокъ.	Слѣды слизи	Съ порядочнымъ количествомъ жира.	
174	344	Семенъ А. . . .	48	Pleuropneumonia fibrin	8,0	0,6	Прямой.	Всюду проходимъ.	Въ верхушечной части небольшое количество слизи.	Съ умѣреннымъ количествомъ жира.	

НБ ХНМУ

№№ по порядку.	№№ по журналу.	Имя и фамилія.	Возрастъ.	Причина смерти.	Длина червеобразнаго отростка	Толщина червеобразнаго отростка.	Форма червеобразнаго отростка.	Просвѣтъ червеобразнаго отростка.	Содержимое червеобразнаго отростка.	Брыжейка.	Особыя примѣчанія.
175	345	Дмитрій М. . . .	27	Pyopneumothorax.	дл.вор. 1,5 отрост. 6,5	0,55	Прямой.	На всѣмъ протяженіи, исключая, воронки, *запустѣвш.*	—	Съ обильнымъ жиромъ.	Отростокъ начинается короткою воронкою.
176	346	Алексѣй Р. . . .	33	Tuberculosis pulm.	дл.вор. 1,5 отрост. 8,0	0,6	Согнутъ и фиксированъ склейками.	Всюду проходимъ.	Слизь съ небольшою примѣсью кала.	—	Отростокъ начинается короткой и широкой воронкою. Стѣнки отростка на мѣстѣ перегиба истончены (слизистая отсутствуетъ).
177	347	Степанъ А. . . .	27	Endocarditis . .	6,5	0,4	Крючковидн.	Верхушка отшнурована и *запустѣла*, въ остальной части проходимъ.	Слизь.	Съ умѣреннымъ жиромъ.	
178	348	Эйжень В. . . .	30	Typhus abd. . .	13,0	0,6	Дуговидный.	Всюду проходимъ.	Въ верхушечной части порядочное количество кала	Безъ жира.	Слизистая отростка на мѣстѣ скопленія кала гладкая, кожистая — атрофическая.
179	349	Степанъ И. .	44	Pneumonia croup.	12,0	0,6 у основанія толще.	Дуговидный.	Всюду проходимъ.	Слѣды слизи	Съ умѣреннымъ жиромъ.	Начальная часть отростка воронкообразная; отверстіе широкое.
180	350	Иванъ Ж. . . .	36	Erysipelas .	8,8	0,55	Прямой.	Всюду проходимъ.	Порядочное количество слизи съ крошками кала.	Съ порядочнымъ количествомъ жира.	
181	351	Никита А. . .	21	Tuberculosis pulm.	6,5	0,8 отъ толстыя стѣнки.	Почти прям.	Всюду проходимъ.	Слизь.	Съ малымъ количествомъ жира.	
182	352	Николай П. . .	60	Carcinoma ventr.	6,5	—	Прямой, лежитъ въ склейкахъ.	Всюду *запустѣвш.*	—	—	Со стороны слѣпой кишки мѣсто отхожденія отростка замѣтно по неглубокой ямкѣ.
183	353	Илья А.	15	Typhus abd. . .	8,0	0,9 толстыя стѣнки.	Крючковидн.	Всюду проходимъ.	—	Со скуднымъ жиромъ.	
184	354	Алексѣй Я. . . .	20	Meningitis tuberc.	7,2	0,5	Прямой.	Всюду проходимъ.	Небольшое количество слизи.	Со скуднымъ жиромъ.	

РЕПОЗИТОРИЙ ГГМУ

№№ по порядку.	№№ по журналу.	Имя и фамилія.	Возрастъ.	Причина смерти.	Длина червеобразнаго отростка.	Толщина червеобразнаго отростка.	Форма червеобразнаго отростка.	Просвѣтъ червеобразнаго отростка.	Содержимое червеобразнаго отростка.	Брыжжейка.	Особыя примѣчанія.
185	355	Алексѣй Б. . .	17	Typhus abd. . .	10,0	0,8 оч. толстыя стѣнки.	—	Всюду проходимъ.	Почти пустой.	—	Отростокъ лежитъ въ склейкахъ. Слизистая отростка разрыхлена, по срединѣ имѣется язва (тифозная).
186	359	Федоръ Д. . .	13	Tetanus	9,5	0,6	Свернутъ въ завитокъ.	Всюду проходимъ.	Поч и пустой	—	Отростокъ начинается воронкообразнымъ, широкимъ отверстіемъ.
187	357	Федоръ П. . .	42	Nephritis . . .	6,0	0,6	—	Всюду проходимъ.	Посрединѣ въ веретеновидномъ вздутіи мягкій каловой камень.	—	
188	360	Федоръ М. . .	24	Typhus abd. . . .	11,0	—	—	Всюду проходимъ.	Слѣды слизи.	.	Червеообразный отростокъ, отходя отъ внутренней стороны кишки, тотчасъ подъ ileo-coecalнымъ соединеніемъ, заворачиваетъ назадъ подъ слѣпую кишку и идетъ косвенно вверхъ направо по всей задней поверхности, правой боковой и даже части передней поверхности, не доходя до передней taenia на 2 стм.; такимъ образомъ отростокъ спирально опоясываетъ начало colon ascendens, которое на протяженіи 10—12 стм. со всѣхъ сторонъ окружено брюшиной и червеобразный отростокъ на всемъ протяженіи лежитъ внутри брюшины.
189	361	Николай Р. . .	27	Typhus abd. . . .	9,0	0,9	Сильно изогнутъ.	Весьма широкій.	Почти пустой.	—	Отверстіе въ слѣпую кишку весьма широкое.
190	362	Павелъ Б. . .	26	Endocarditis ac. .	7,0	0,6 оч. толстыя стѣнки.	Дуговидный.	Всюду проходимъ, но оч. узокъ.	Слѣды слизи.	—	

НБ ХНМУ

№№ по порядку.	№№ по журналу.	Имя и фамилія.	Возрастъ.	Причина смерти.	Длина червеобразнаго отростка	Толщина червеобразнаго отростка.	Форма червеобразнаго отростка.	Просвѣтъ червеобразнаго отростка.	Содержимое червеобразнаго отростка.	Брыжейка.	Особыя примѣчанія
191	363	Григорій Ф. .	48	Carcinoma oesoph.	3,3	0,5	Прямой.	На всемъ протяженіи замкнутъ.	—	Хорошо развитъ.	Со стороны слѣпой кишки мѣсто отхожденія отростка обозначено неглубокой ямкой.
192	365	Андрей М. . . .	29	Typhus abd. . .	7,0	0,5	Дуговидный.	Всюду проходимъ.	Почти пустой.	Безъ жира.	
193	366	Степанъ Ж. . . .	18	Typhus abd. . .	7,5	0,6 оч. толстыя стѣнки.	Дуговидный.	Всюду проходимъ.	Слѣды слизи.	—	
194	367	Петръ Л. . . .	35	Typhus abd. . . .	12,0	0,6	Дуговидный.	Всюду проходимъ оч. широкъ.	Умѣренное количество слизи, смѣшанной съ жидкимъ каломъ.	Со скуднымъ жиромъ.	
195	369	Викторъ Ок. .	45	Tuberculosis mil. .	7,2	0,5	Прямой.	Всюду проходимъ.	Содержитъ слизь и небольшіе калловые камни.	—	
196	371	Василій М.	61	Pleuropneumonia fibrin. . . .	5,2	0,4	Прямой, верхушка колбовидно вздута.	По всему протяженію замкнутъ.		Съ умѣреннымъ жиромъ.	Вокругъ отверстія въ слѣпой кишкѣ кольцевидныя складки слизистой.
197	372	Архипъ М. .	47	Abscessus hepat. (colitis chr.) . .	7,0	0,75	Дуговидный.	Всюду проходимъ, но оч. узокъ.	Слизь.	—	
198	374	Дмитрій Е. . .	79	Meningitis. . .	7,2	Въ нижн. $^2/_3$ 0,7 въ верхн. $^1/_3$ меньше.	Прямой.	Всюду проходимъ, въ центральной $^1/_3$ съуженъ.	Большое количество густой слизи.	—	Передъ мѣстомъ съуженія мѣкоторое вздутіе, что относится на счетъ утолщенія стѣнокъ, которое въ этомъ мѣстѣ доходитъ до 0,5—0,4 стм.; вообще на протяженіи $^2/_3$ нижнихъ — стѣнки толсты.
199	375	Афанасій Н. . .	64	Aneurysma aortae.	9,5	0,5	Прямой.	Всюду проходимъ, но оч. узокъ.	Пустой.	Очень короткая.	
200	376	Семенъ Е. . . .	13	Septicopyaemia	10,0	0,6	Дуговидный.	Всюду проходимъ.	Небольшое количество слизи.	Со скуднымъ жиромъ.	

№№ по порядку.	№№ по журналу.	Имя и фамилія.	Возрастъ.	Причина смерти.	Длина червеобразнаго отростка.	Толщина червеобразнаго отростка.	Форма червеобразнаго отростка.	Просвѣтъ червеобразнаго отростка.	Содержимое червеобразнаго отростка.	Брыжжейка.	Особыя примѣчанія.
201	377	Николай Г. . . .	19	Enterocolitis . .	11,0	0,8 стѣнки очень тонки.	Дутовидный.	Просвѣтъ весьма *мирокій* до 0,6 стм. въ діаметрѣ.	Большое количество жидкаго кала.	—	Слизистая отростка совершенно гладкая, растянутая. У отверстія ясно выраженная кольцевидная складка, вполнѣ закрывающая отверстіе; далѣе отъ нея вторая складка.
202	378	Степанъ А. .	40	Typhus abd. . . .	6,5	0,65	Прямой.	Всюду проходимъ.	Слѣды слизи.	—	
203	379	Владиміръ Ш. .	20	Typhus abd. . . .	10,0	0,7 неравномѣрн.	—	Всюду проходимъ.	Слѣды слизи.	—	Посрединѣ отростка имѣется вдутіе за счетъ уголщенія стѣнокъ, особенно слизистой (увеличенные фолликулы—тифозные).
204	381	Георгій Гер. . .	—	Myocarditis fibr. .	5,0	0,6	—	Всюду проходимъ.	Калъ и каловыя крошки.	—	
205	382	Александръ К. .	16	Typhus abd. . . .	8,5	0,6	—	Всюду проходимъ.	Слѣды слизи.	—	
206	383	Василій Г. . . .	43	Pleuropneumonia fibrinosa.	9,5	0,6—0,7 стѣнки очень тонки.	Дутовидный.	Всюду проходимъ и оч. широкъ.	Густой, только у верхушки лежитъ комокъ слизи, окрашенной кажомъ.	—	Со стороны слѣпой кишки по направленію къ valv. Bauchinii имѣется полупружная складка слизистой въ 0,6 стм. высотою на разстояніи отъ отверстія на 0,5 стм., такъ что складка не закрываетъ послѣдняго, приходясь своимъ свободнымъ краемъ къ краю отверстія.
207	384	Григорій Г. . .	41	Lues	10,0	0,6	Прямой.	Всюду проходимъ.	Большое количество слизи и много мягкихъ калово-слизистыхъ камней, при раздавливаніи которыхъ отыскиваются мелкія сѣмячки, изъ нихъ одно просяное.	—	Со стороны слѣпой кишки у отверстія ясно выраженная кольцевидная складка, состоящая изъ слизистой.

НЕ ХИМУ

№№ по порядку	№№ по журналу.	Имя и фамилія.	Возрастъ.	Причина смерти.	Длина червеобразнаго отростка.	Толщина червеобразнаго отростка.	Форма червеобразнаго отростка.	Просвѣтъ червеобразнаго отростка.	Содержимое червеобразнаго отростка.	Брыжейка.	Особыя примѣчанія.
208	388	Василій Б. . . .	30	Typhus abd. . . .	6,0	0,6	Прямой.	Всюду проходимъ.	Слизь и среди нея какое то продольное въ видѣ ржанаго зерна бѣлячко.	—	
209	389	Василій Н. . . .	34	Septicopyaemia .	8,0	0,7	—	Оч. широкій, исключая верхушки, гдѣ на протяженіи 1,0 оч. сужень.	Въ широкой части больше количество густого кала — въ узкой слизь.	—	Сапаистая отростка, гдѣ онъ наполненъ каломъ - совершенно гладкая, атрофическая.
210	39С	Леонъ Д.	32	Tuberculosis pulm. et intest. coli .	7,0	Неравномѣрная; четков. вздутія, особенно посрединѣ и у верхушки.	—	Оч. широкій.	Сплошь наполненъ густымъ каломъ. Въ мѣстахъ вздутій калъ сгущенъ въ видѣ каловыхъ камней, въ которыхъ обнаруживается большое количество мелкихъ фруктовыхъ сѣмячекъ (земляничныхъ).	—	Сѣмячки лежатъ въ камняхъ по одиночкѣ или въ видѣ плотныхъ гнѣздъ.
211	391	Петръ А.	32	Pleuropneumonia fibrin.	8,0	0,4		Центральный конецъ просвѣта сужень, а у верхушки на протяженіи 1,0 стм. *запустѣлъ*.	Сѣроватая каница (слизь).	—	
212	392	Николай И. . . .	57	Carcinoma ventr.	6,0	0,7 очень толст. стѣнки.	—	Въ нижней части на протяженіи 2,5 стм. *запустѣлъ*, въ остальномъ оч. узкій.	Слизь.	—	Всѣмъ гипертрофированныя стѣнки.
213	393	Григорій Е. . . .	50	Gastro-entero-colitis	6,0	0,4	—	Въ верхней $^1/_3$ одва сохраненъ, въ нижнихъ $^2/_3$ *запустѣлъ*.		—	

НБ ХНТУ

№№ по порядку.	№№ по журнал.	Имя и фамилія.	Возрастъ.	Причина смерти.	Длина червеобразнаго отростка.	Толщина червеобразнаго отростка.	Форма червеобразнаго отростка.
214	394	Карлъ П. . . .	38	Typhus. abd. . .	8,0	0,7	Совершенно прямой.
215	345	Николай Г. . . .	20	Tuberculosis mil.	8,0	Неравном. 0,6	
216	398	Михаилъ Т. . . .	53	Pleuropneumonia fibrin.	9,0	0,4	—
217	400	Иванъ К.	65	Apoplexia cer, . .	6,5	0,5	—
218	401	Юліанъ Р. . . .	37	Tuberculosis pulm.	11,0	Въ верхней трети тонк., въ остальн. части 0,6.	Свернутъ въ завитокъ.
219	402	Андрей К. . . .	38	Tuberculosis pulm.	12,0 Длина воронки 0,3	0,4	Свернутъ въ завитокъ.
220	405	Матвѣй А. . . .	30	Nephritis chr. . .	7,5	0,6 оч. толстыя стѣнки.	—
221	409	Егоръ М. . . .	19	Colitis mucosa . .	12,5	0,6 вверху веретенообразно вздутъ.	Дутовидный.

Просвѣтъ червеобразнаго отростка.	Содержимое червеобразнаго отростка.	Брыжейка.	Особыя примѣчанія.
Въ верхней трети очень сужен, всюду проходимъ.	Слизь.	—	
Просвѣтъ нижней половины значительно расширенъ.	Въ нижней половинѣ наполненъ большимъ количествомъ густого кала, въ которомъ отмѣчаются нѣсколько мелкихъ фруктовыхъ сѣмячекъ (клубничныхъ или смородиновыхъ).	—	Слизистая отростка въ расширенной части въ противоположность остальной – совершенно гладкая, атрофическая.
Всюду проходимъ.	Слизь.	—	
Всюду проходимъ, у центральнаго конца сужен.	Слизь.	—	
Всюду проходимъ, въ верхушечной части расширенъ.	Слизь, въ верхушечной части съ каловой окраской.	—	Слизистая отростка въ расширенной части, въ противоположность остальной части, совершенно гладкая.
Всюду проходимъ.	Геморрагическая слизь.	Очень короткая.	Дно слѣпой кишки заканчивается воронкой, повернутой верхушкой внутрь. Отъ воронки отходятъ червеобразный отростокъ.
Очень узкій и почти замкнутый у центральн. конца.	Слизь.	—	Стѣнки отростка весьма гипертрофированы.
Всюду проходимъ.	Сплошь наполненъ калоиъ, смѣшаннымъ со слизью; въ нѣкоторыхъ мѣстахъ калъ сгустился до консистенціи каловыхъ камней.	—	Слизистая отростка, въ мѣстахъ скопленія кала, гладкая, кожистая, атрофическая. Со стороны слѣпой кишки у отверстія хорошо выраженная кольцевидная складка, могущая вполнѣ закрыть отверстіе.

№№ по порядку.	№№ по журналу.	Имя и фамилія.	Возрастъ.	Причина смерти.	Длина червеобразнаго отростка.	Толщина червеобразнаго отростка.	Форма червеобразнаго отростка.	Просвѣтъ червеобразнаго отростка	Содержимое червеобразнаго отростка.	Брыжжейка.	Особыя примѣчанія.
222	410	Михаилъ М. .	72	Nephritis chr. .	5,0	0,5	Прямой.	Въ верхушкѣ на протяженіи 1 стм. *запустѣлъ*, въ остальной части проходимъ.	Калъ.	Съ умѣреннымъ жиромъ.	
223	413	Николай Ок. . .	50	Myelitis transv. .	7,0	0,7	Почти прям.	Очень широкій. Всюду проходимъ.	Небольшое количество слизи.	Съ порядочнымъ количествомъ жира.	
224	—	—	—	—	12,0	0,5		Всюду проходимъ.	Довольно много слизи съ каловой окраской.	—	
225	418	Василій В. . . .	26	Peritonitis pur. .	8,5	0,7 въ средней части 1,1	Свернутъ въ завитокъ.	Весьма расширенъ, въ средней части 0,9 стм. въ діаметрѣ.	Сплошь наполненъ каломъ, среди котораго находятся много короткихъ волосковъ, вѣроятно, откушенныхъ съ бороды и усовъ. Кромѣ того 2–3 мелкихъ фруктовыхъ сѣмячка (земляники)	—	Слизистая отростка на мѣстѣ вздутія и переполненія каломъ гладкая, кожистая, атрофическая. Стѣнки отростка очень тонки.
226	419	Иванъ Ф. . . .	20	Influenza (Gastroenteritis) . . .	10,2	0,7 на мѣстѣ изгиба вздутіе.	Дуговидный.	Широкій.	Небольшое количество жидкаго кала.	Со скуднымъ жиромъ.	
227	420	Григорій Ф. . . .	68	Carcinoma hep. .	6,5	0,7–0,8 оч. толстыя стѣнки.	Дуговидный.	Весьма узкій.	Слѣды слизи.	Съ умѣреннымъ жиромъ.	
228	421	Василій М. . .	44	Nephritis chr. . .	8,8	0,5	Прямой.	Всюду проходимъ, въ верхушечной части расширенъ.	Слизь со слѣдами кала. Слизи особенно много въ верхушечной расширенной части, гдѣ оказывается также рыбья косточка въ 1 стм. длиною (позвонокъ съ длинною остью).	Почти безъ жира.	Слизистая отростка въ расширенной части болѣе гладкая.

НБ ХНМУ

№№ по порядку.	№№ по журналу.	Имя и фамилія.	Возрастъ.	Причина смерти.	Длина червеобразнаго отростка.	Толщина червеобразнаго отростка	Форма червеобразнаго отростка.	Просвѣтъ червеобразнаго отростка.	Содержимое червеобразнаго отростка.	Брыжжейка.	Особыя примѣчанія.
229	422	Егоръ П.	18	Influenza . . .	10,5	0,9	Крючковидн.	Просвѣтъ очень широкій (0,5 стм.).	Большое количество жидкаго кала.	Со скуднымъ жиромъ.	Начальная часть отростка воронковидная.
230	423	Федоръ Ег. . . .	19	Pneumonia croup.	8,5	0,6	Свернутъ въ завитокъ.	Всюду проходимъ.	Немного слизи.	Почти безъ жира.	
231	424	Игнатій Е. . . .	20	Endocarditis . . .	10,5	0,5	Свернутъ въ завитокъ.	Всюду проходимъ.	Слизь съ примѣсью мелкихъ каловыхъ частицъ.	Безъ жира.	
232	425	Федоръ К. . . .	23	Pyelonephritis .	8,5	0,6	Дуговидный.	Очень широкій, посрединѣ вздутіе.	Порядочное количество кала съ примѣсью личинокъ strongyla.	Со скуднымъ жиромъ.	
233	426	Александръ Б .	17	Typhus abd. . .	10,5	0,6	Дуговидный.	Всюду проходимъ, въ верхушечной части колбовидно расширенъ.	Въ нижней колбовидно вздутой части слизь съ каломъ и со множествомъ какихъ то оч. плотныхъ мелкихъ инородныхъ тѣлъ вродѣ крупнаго песка.	—	
234	—	—	—	—	.	0,35		На всемъ протяженіи *запустѣлъ*.	—	—	Начальная часть отростка воронкообразная съ очень широкимъ отверстіемъ.
235	428	Михаилъ М. . .	14	Tuberculosis mil.	6,5	0,4	—	Всюду проходимъ.	Слѣды слизи.	—	
236	426	Григорій М. . .	51	Meningitis pur. .	8,5	Неравном. въ верхней 0,6—0,65 въ нижней 0,4—0,45	Прямой.	Всюду проходимъ.	Слѣды слизи.	—	
237	430	Филиппъ Р. . . .	58	Cancer oesoph. .	4,5	0,6	Крючковидн.	Просвѣтъ сохранился только на протяженіи 1,5 стм. у основанія, въ остальной части *запустѣлъ*.	—	—	

НБ ХНМУ

№№ по порядку.	№№ по журналу.	Имя и фамилія.	Возрастъ.	Причина смерти.	Длина червообразнаго отростка.	Толщина червообразнаго отростка.	Форма червообразнаго отростка
238	431	Иванъ Ф. . . .	16	Vitium cordis cong.	6,5	0,6	Дуговидный.
239	432	Александръ П. .	26	Typhus abd. . .	10,0	0,5	Дуговидный.
240	433	Матвѣй Л. . . .	41	Cancer ventr. .	4,0	Неравном. у основ. 0,4, у верхушки въ видѣ нити неравном.	—
241	434	Иванъ С. . . .	50	Pneumonia tuberc.	12,5	—	—
242	436	Никифоръ П. .	16	Coxitis tuberc. . .	10,0	0,45 стѣнки очень тонкія.	—
243	437	Михаилъ П. . .	14	Typhus abd. . .	8,0	0,55	—
244	438	Федоръ П. . . .	66	Neuritis ascend. .	2,7	0,7	Дуговидный, съ загнутой верхушкой.

Просвѣтъ червообразнаго отростка.	Содержимое червообразнаго отростка.	Брыжжейка.	Особыя примѣчанія.
Всюду проходимъ.	Слѣды слизи.	Съ обильнымъ жиромъ.	
Всюду проходимъ.	Слизь.	Почти безъ жира.	
По всему протяженію *закупоренъ*.	—	—	
Всюду проходимъ.	—	Съ обильнымъ жиромъ.	Отростокъ представляетъ собою курьезную особенность, именно конечная половина (въ 6,0 стм.) весьма тонкая нить и какъ бы состоящая изъ одного серознаго покрова, продолжающагося съ червообразнаго отростка. У основанія отростокъ также тоньше, чѣмъ въ средней части. Просвѣтъ проходимъ для тонкаго зонда даже въ нитевидной части на протяженіи 2,0—1,5 стм., хотя при нѣкоторомъ насиліи.
Всюду проходимъ и широкъ.	Кровянистая слизь.	—	
Всюду проходимъ.	Немного слизи, у верхушки какое то инородное тѣло въ видѣ хлѣбнаго зерна.		
Всюду проходимъ.	Въ верхней половинѣ проходимъ, въ нижней, болѣе толстой, *закупоренъ*.	—	На пагибѣ отростка имѣется полуферическій нарость, такъ что кажется, что отростокъ имѣетъ двѣ верхушки.— Со стороны слѣпой кишки у отверстія съ обѣихъ сторонъ губовидная складка.

НБ ХНМУ

№№ по порядку.	№№ по журналу.	Имя и фамилія.	Возрастъ.	Причина смерти.	Длина червеобразнаго отростка.	Толщина червеобразнаго отростка.	Форма червеобразнаго отростка.	Просвѣтъ червеобразнаго отростка.	Содержимое червеобразнаго отростка.	Брыжжейка.	Особыя примѣчанія.
245	439	Александръ К. .	23	Malleus	8,3	0,6	Дутовидный.	—	—	—	Посредине отростка вздутіе.
246	441	Николай Т. . . .	49	Cancer linguae .	7,2	0,6	—	Всюду проходимъ.	Слизь.	—	Со стороны слѣпой кишки у отверстія ясно выраженная кольцевидная складка.
247	442	Робертъ Б. . . .	74	Pneumonia croup.	7,2	0,5	Прямой.	Въ верхушечной части на протяженіи 2,0 стм. *замутнѣлъ*, въ остальной сужен.	Слѣды слизи.	—	
248	443	Александръ Г. .	28	Meningitis pur. .	7,0	Поср. веретеновв. вздутъ 0,65, въ остальной 0,45	Прямой.	Просвѣтъ по всему протяженію, даже во вздутой части, *замутнѣлъ*.	—	—	Со стороны слѣпой кишки мѣсто отверстія хорошо замѣтно.
249	444	Викторъ К. . . .	51	Nephritis chr. . .	5,5	Неравном., у основанія 0,55, у верхушки 0,25	Прямой.	*Замутнѣлъ* на всемъ протяженіи.	—	—	
250	445	Василій Б. . . .	17	Typhus abd. . . .	8,5	Неравном., у основанія. 0,8	—	Просвѣтъ всюду проходимъ, но оч. узокъ.	—	—	Толщина отростка обусловлена очень гипертрофированными стѣнками, (брюшно-тифозное увеличеніе фолликуловъ).
251	447	Иванъ К.	24	Typhus abd. . . .	8,0	0,45	Дутовидный.	Всюду проходимъ.	Слизь, а въ верхушкѣ слѣды кала.	—	
252	449	Иванъ В.	31	Septicopyaemia .	9,5	10,0 0,6 стѣнки очень тонки.	—	Всюду проходимъ и очень широкъ.	Порядочное количество кала.	—	Начальная часть отростка отходитъ воронкообразно, такъ что отверстіе широко открыто со стороны слѣпой кишки.
253	451	Василій С. . . .	45	Cancer oesoph. .	5,5	0,5 неравном., по сред. и у верхушки вздут.	—	Всюду проходимъ.	Немного слизи съ крошками кала.	—	Передъ вздутой верхушкой имѣется суженіе.

НЕ ХИМУ

№№ по порядку.	№№ по журналу.	Имя и фамилія.	Возрастъ.	Причина смерти.	Длина червеобразнаго отростка.	Толщина червеобразнаго отростка.	Форма червеобразнаго отростка.	Просвѣтъ червеобразнаго отростка.	Содержимое червеобразнаго отростка.	Брыжжейка.	Особыя примѣчанія.
254	452	Василій Р. . . .	38	Cancer oesoph.	6,6	0,65 стѣнки очень толстыя.	Почти прям.	Всюду проходимъ.	Слизь.	Съ умѣреннымъ отложеніемъ жира.	
255	453	Константинъ И. .	19	Pleuropneumonia fibrin.	8,0	0,5 стѣнки очень тонкія.	—	Всюду проходимъ.	Совершенно пустой.		Со стороны слѣпой кишки у отверстія замѣчается небольшая кольцевидная складка.
256	454	Акинфій М. . .	38	Septicopyaemia .	1,0	—	Сосцевидн.	Очень тонкій.	—	—	Червеобразный отростокъ представляется въ видѣ сосцевиднаго придатка, съ хорошо, однако, развитой брыжжейкой; толщина отростка нормальная.
257	455	Константинъ С. .	16	Typhus abd. . . .	10,5	0,55	Дуговидный.	Всюду проходимъ.	Во вздутой части скопленіе слизи съ каломъ.	—	Сизистая отростка во вздутой части (посредині) болѣе гладкая, чѣмъ въ остальныхъ частяхъ.
258	457	Григорій Ф. . .	48	Tuberculosis pulm.	8,0	0,5	Дуговидный.	Всюду проходимъ.	Слизь и въ верхушечной части какое то инородное тѣло въ видѣ маленькой круглой гаммы, но природу тѣла не удалось опредѣлить.		
259	458	Ираархъ К. . .	64	Pneum. tuberc. . .	9,0	Неравном., у основанія 0,7 по средин 0,5	Свернутъ въ завитокъ.	Всюду проходимъ, но у самого отверстія значительно сужень, а отъ мѣста сужения къ периферіи расширенъ.	Слизь, среди которой имѣется мелкое фруктовое сѣмячко (земляничное).	—	
260	459	Николай Ф. . .	21	Typhus abd. . . .	12,5	0,65	Дуговидный	Всюду проходимъ.	Въ нижней половинѣ кровянистая слизь.	—	

НБ ХНМУ

№№ по порядку.	№№ по журналу.	Имя и фамилія.	Возрастъ.	Причина смерти.	Длина червеобразнаго отростка.	Толщина червеобразнаго отростка.	Форма червеобразнаго отростка.	Просвѣтъ червеобразнаго отростка.	Содержимое червеобразнаго отростка.	Брыжейка.	Особыя примѣчанія.
261	461	Дмитрій С. . . .	35	Apoplexia cerebr.	7,0	Неравном.,къ верх. толще 0,7 у основанія 0,45	Дуговидный.	Всюду проходимъ.	Въ нижней половинѣ имѣется мягкій каловый камень въ 2,0 стм. длиною.	—	
262	464	Егоръ П. . .	52	Septicopyaemia .	7,5	0,7	Дуговидный.	Всюду проходимъ и въ нижней половинѣ расширенъ.	Порядочное количество слизи съ каломъ и какими-то землями инородными тѣлами.	Съ порядочнымъ количествомъ жира.	
263	465	Михаилъ Ив. . .	16	Pneum. tuberc. . .	8,7	0,45	—	Всюду проходимъ.	Слѣды слизи.	—	
264	467	Николай В. . . .	71	Marasmus sen. .	12,0	0,6	Дуговидный.	Всюду проходимъ, въ верхушечной части расширенъ.	Жидкій калъ, кромѣ того: два волоска въ 2,0 стм. длиною, повидимому, изъ бороды, мягкая рыбная косточка въ 1,6 стм. длиною и одно сѣмячко.		Слизистая отростка совершенно гладкая, кожистая, атрофическая.
265	468	Иванъ П.	47	Septicopyaemia .	7,5	0,6	Крючковидн.	Всюду проходимъ	Небольшое количество слизи.		Отростокъ лежитъ въ склейкахъ. Со стороны слѣпой кишки замѣчаются кольцевидныя складки вокругъ отверстія отростка.
266	471	Анатолій К. . . .	42	Cancer oesoph. .	9,7	Неравном.,въ нижней 0,6 въ верхней 0,5	Дуговидный.	Всюду проходимъ	Слизь, а въ верхушечной части немного кала.	Съ порядочнымъ отложеніемъ жира.	
267	473	Василій И. . . .	46	Alcoholismus . .	8,5	0,55	Почти прям.	Всюду проходимъ.	Небольшое количество слизи.	Порядочное количество жира.	Со стороны слѣпой кишки у щелевиднаго отверстія имѣется почти круговая складка высотою въ 0,5 стм. и закрывающая вплотную отверстіе; на нѣкоторомъ разстояніи отъ нея имѣется вторая складка въ 1,5 стм. высотою, также почти круговая.

НБ ХГМУ

порядку.	№№ по журналу.	Имя и фамилія.	Возрастъ.	Причина смерти.	Длина червеобразнаго отростка.	Толщина червеобразнаго отростка.	Форма червеобразнаго отростка.	Просвѣтъ червеобразнаго отростка.	Содержимое червеобразнаго отростка.	Брыжжейка.	Особыя примѣчанія.
268	476	Игнатій В. . . .	57	Septicopyaemia .	11,0	0,55	Почти прям.	Всюду проходимъ.	Слизь.	Со скуднымъ количествомъ жира.	
269	477	Николай Ч. . . .	67	Myocarditis . . .	4,5	0,7	Въ видѣ глаголя, при чемъ короткое колѣно бугристо вздуто.	Въ длинномъ колѣнѣ сохраненъ, въ короткомъ же *запустѣлъ*.	Слѣды слизи.	—	
270	478	Иванъ Г. . . .	24	Meningitis purul.	9,5	0,7	—	Всюду проходимъ, не очень широкъ.	Нижняя половина наполнена каломъ, среди котораго имѣется два короткихъ волоса (изъ бороды).		Слизистая отростка совершенно гладкая, атрофическая.
271	479	Иванъ Ц. . . .	46	Coxitis tuberc. . .	8,0	Неравном., у основанія 0,45 въ верхушечной половинѣ 0,2	—	Въ нижней (верхушечной) половинѣ *запустѣлъ*, въ верхней сохраненъ, но оч. узкій.	Калъ.	—	
272	480	Андрей К. . . .	43	Carcinoma duodeni	8,0	0,8	Дуговидный.	Всюду проходимъ и очень широкъ.	Густая слизь, среди которой небольшой, очень твердый каловый камень.	Съ малымъ количествомъ жира.	Слизистая отростка гладкая, атрофическая.
273	491	Федоръ Р. . .	45	Pneum. tuberc. .	6,8	0,5	Прямой.	Всюду проходимъ.	Слизь.	Съ обильнымъ количествомъ жира.	
274	495	Василій Г. . . .	17	Typhus abd. . . .	7,3	0,9	Дуговидный.	Весьма широкій—до 0,65 стм.	Жидкій калъ.	—	Со стороны слѣпой кишки отверстіе очень широкое, пропускающее кончикъ мизинца. Въ продольномъ разрѣзѣ отростка замѣчается довольно ясно выраженная складка, не высокая и нисколько не закрывающая отверстія, ниже этой складки замѣчается уже въ поло-

НБ ХНМУ

№№ по порядку.	№№ по журналу.	Имя и фамилія.	Возрастъ.	Причина смерти.	Длина червеобразнаго отростка.	Толщина червеобразнаго отростка.	Форма червеобразнаго отростка.	Просвѣтъ червеобразнаго отростка.	Содержимое червеобразнаго отростка.	Брыжейка.	Особыя примѣчанія.
											сти отростка вторая ясно выраженная складка. Объ складки вмѣстѣ походятъ на голосовыя связки съ Моргаиьевой ямкой межъ ними.
275	498	Николай Г. . . .	60	Endocarditis . .	5,5	0,55	Дуговидный.	Всюду проходимъ.	Слизь.	Со скуднымъ количествомъ жира.	
276	500	Андрей П. . . .	40	Erysipelas fac. .	9,5	0,5 -0,6	—	Всюду проходимъ.	Почти пустой.	—	
277	502	Савва С	69	Pneumonia croup.	8,5	0,5—0,55 сѣпки весьма тонкія.	—	Всюду проходимъ и широкій.	Пустой.	—	
278	—	—	—	—	9,5	0,55	Дуговидный.	Всюду проходимъ.	Слизь и каловыя крошки.	Съ малымъ количествомъ жира.	
279	425	Петръ С.	60	Endocarditis . . .	8,0	0,5	Прямой.	Всюду проходимъ, исключая верхушки, гдѣ затрудняемъ.	По всему просвѣту порядочное количество слизи съ каломъ и 4 мелкими фруктовыми сѣмячками.	—	
280	427	Александръ Л. .	15	Meningitis pur. .	8,0	0,5	—	Всюду проходимъ.	Слизь съ примѣсью кала.	—	
281	428	Михаилъ К. . .	17	Combustio . .	11,0	0,6– 0,5	Дуговидный.	Всюду проходимъ.	Слизь.	—	
282	431	Василій Н. . . .	58	Lymphosarcoma .	10,0	0,6	Дуговидный.	Всюду проходимъ.	Наполненъ каломъ.	Со скуднымъ жиромъ.	Отверстіе въ слѣпую кишку широкое У отверстія кольцевидная складка.
283	432	Григорій Г. . . .	27	Tuberculosis pulm.	9,0	0,6 по средней вздутіе.	Дуговидный.	—	Во вздутой части скопленіе кала.	Со скуднымъ жиромъ.	Связистая отростка во вздутой части болѣе гладкая, чѣмъ въ остальныхъ частяхъ.

НБ ХНМУ

ТАБЛИЦЫ

случаевъ перитифлита, леченныхъ терапевтически.

НБ ХНМУ

№№ по порядку.	Имя и фамилія.	Сколько лѣтъ.	Сколько дней болѣла дома.	Время поступленія въ больницу.	Предшествовавшіе припадки.	Отправленія желудочно-кишечнаго канала.			Осложненія.	Исходъ.	На какой день болѣзни.	На какой день по пост. въ больницу.	Причина смерти.	Особыя замѣчанія.
						До болѣзни.	Въ началѣ болѣзни.	Въ концѣ болѣзни.						
1	Надежда Ев. .	20	3	3 v 1890	—	Нормал.	Запоръ.	Нормал.	—	Выздоровл.	9	6	—	При выпискѣ еще прощупывалась небольшая опухоль.
2	Гина Вен. . .	33	14	21 vi 1890	-	Запоръ.	Запоръ.	Запоръ.	Cystitis, botriocephalus.	Выздоровл.	56	42		
3	Василиса Дем.	32	5	8 ix 1890	—	—	Запоръ, поносъ и рвота.	Нормал.	Pneumonia chron.	Выздоровл.	23	18		
4	Надежда Мар.	36	30	18 x 1890	Не было.	Нормал.	Запоръ.	Нормал.	—	Выздоровл.	35	5	—	Въ области слѣпой кишки при выпискѣ еще прощупывалась небольш. опухоль.
5	Екатерина Тр.	33	3 мѣс.	26 x 1890	—	Запоръ.	Нормал.	Нормал.	—	Выздоровл.	—	30	—	При выпискѣ еще прощупывалась незначительная опухоль.
6	Анна Ал. . .	24	1	9 i 1891	Не было.	Нормал.	Поносъ, рвота.	Нормал.	—	Выздоровл.	14	13	—	При выпискѣ еще прощупывалась незначительная опухоль.
7	Елена Бѣл. . .	18	17	2 vii 1891	—	-	Поносъ, рвота.	Поносъ, рвота.	Pleuritis diaphragm. sin. cum perforatione pulm. sin. Peritonitis diff.	Смерть.	27	10	Peritonitis pur. Perforatio pulm.	Червеобразный отростокъ былъ прободенъ, каловаго камня не найдено.
8	Марія Гол. . .	34	6	31 vii 1891	—	—	Поносъ, рвота.	Запоръ, рвота.	Peritonitis diff.	Смерть.	12	6	Peritonitis diff.	Червеобразный отростокъ былъ прободенъ, имѣлся каловой камень.
9	Авдотья Гр. .	54	5	29 ix 1891	—	—	Поносъ, тошнота.	Нормал.	Influenza.	Выздоровл.	62	57		
10	Анна Фом. . .	13	9	15 iv 1892	—	—	Запоръ, рвота.	Поносъ, рвота.	Peritonitis diff. Pneumonia cat.	Смерть.	27	18	Peritonitis diff.	
11	Авдотья Кот. .	20	1	9 v 1892	—	—	Запоръ, тошнота.	Нормал.	Haemorrhoides.	Выздоровл.	36	35	—	Продолжительное время дѣлались высокія клизмы.
12	Анисья Мур. .	14	1	16 ix 1894	1-й припадокъ 5 мѣс. т. назадъ.	—	Поносъ.	Нормал.	—	Выздоровл.	26	25	—	Резистенція въ области слѣпой кишки еще держалась при выпискѣ.
13	Пелагея І. . .	38	6	9 x 1892	—	Нормал.	Нормал.	Нормал.	Rheumatismus.	Выздоровл.	28	22		

НЕ КНИГУ

№№ по порядку.	Имя и фамилія.	Сколько лѣтъ.	Сколько дней болѣла дома.	Время поступленія въ больницу.	Предшествовавшіе припадки.	Отправленія желудочно-кишечнаго канала.			Осложненія.	Исходъ.	На какой день болѣзни.	На какой день по пост. въ больницу.	Причина смерти.	Особыя замѣчанія.
						До болѣзни.	Въ началѣ болѣзни.	Въ концѣ болѣзни.						
14	Надежда Пет.	12	3	14 XI 1892	Не было.	Нормал.	Понос, рвота.	Нормал.	—	Выздоровл.	35	32		
15	Надежда Ст.	18	Въ тотъ же день.	6 XII 1892	—	—	Запоръ.	Нормал.	—	Выздоровл.	31	31		
16	Наталья Пв. .	16	3	10 I 1893	—	Запоръ.	Запоръ, рвота.	Нормал.	Pneumon. catar.	Выздоровл.	11	8		
17	Пелагея Вас. .	16	3	15 I 1893	—	Запоръ.	Запоръ.	Понос, рвота.	Peritonitis diff.	Смерть.	9	6	Peritonitis diff.	Дома принимала ol. ricini, а въ больницѣ ставились высокія клизмы.
18	Марія Кут. . .	20	3	12 IV 1893	—	Нормал.	Запоръ, тошнота.	Запоръ, рвота.	Graviditas IV m. Abortus. Peritonitis diff.	Смерть.	8	5	Peritonitis diff.	14/IV произведена проб-ная лапаротомія, но причина перитонита не найде-на и рана была зашита наглухо. 16/IV произошелъ выки-дышъ.
19	Варвара Сам.	64	3	15 V 1893	—	—	Запоръ, рвота.	Нормал.	Ren. mobile d.	Выздоровл.	38	35	—	Небольшая опухоль все еще оставалась при вы-пискѣ. Подвижная почка прощупывалась около 5 лѣтъ.
20	Юзефа Коз.	23	1	22 VII 1893	—	—	Понос, рвота.	Запоръ.	—	Выздоровл.	7	6		
21	Варвара Мат. .	65	14	14 VIII 1893	—	—	Нормал.	Нормал.	Pneumon. catar.	Выздоровл.	39	25		
22	Евдокія Куз. .	21	3	28 X 1893	—	—	Запоръ.	Запоръ.	Pneumonia chron.	Выздоровл.	20	17		
23	Анна Ус. . .	10	7	21 I 1894	2 припадка въ 1892 и 1893 г.	—	Понос.	Нормал.	—	Выздоровл.	58	51		
24	Авдотья Мер.	58	10	25 IV 1894	—	Запоръ.	Запоръ.	Нормал	Pneumonia chron.	Выздоровл.	19	9	—	Заболѣла послѣ ушиба.
25	Аниська Мур. .	14	4	9 IV 1894	—	—	Понось, рвота.	Нормал.	—	Выздоровл.	25	21		
26	Александра Г.	27	Въ тотъ же день.	14 X 1894	Боли въ области слѣпой кишки были и раньше.	Нормал.	Запоръ, рвота.	Нормал.	-	Выздоровл.	21	21	—	Поступила въ коллапсѣ. При выпискѣ въ области червеобразнаго отростка прощупывалась неболь-шая, бугристая опухоль.

НБ ХНМУ

№ по порядку.	Имя и фамилія.	Сколько лѣтъ.	Сколько дней болѣла дома.	Время поступленія въ больницу.	Предшествовавшіе припадки.	Отправленія желудочно-кишечнаго канала. До болѣзни.	Отправленія желудочно-кишечнаго канала. Въ началѣ болѣзни.	Отправленія желудочно-кишечнаго канала. Въ концѣ болѣзни.	Осложненія.	Исходъ.	На какой день болѣзни.	На какой день по пост. въ больницу.	Причина смерти.	Особыя замѣчанія.
27	Екатерина М.	40	14	10 II 1895	—	Запоръ.	Запоръ.	Нормал.		Выздоровл.	24	10		
28	Марина Пет. .	29	9	24 II 1895	Не было.	—	Поносъ.	Запоръ.	Graviditas III m.	Выздоровл.	17	8		
29	Елизавета М.	19	10	27 II 1895	Не было.	—	Запоръ.	Запоръ.	—	Выздоровл.	23	13		
30	Марія Кож. .	19	7	5 III 1895	—	—	Запоръ, рвота.	Запоръ.	—	Выздоровл.	29	22		
31	Авдотья Вас. .	22	4	15 IV 1895	1-й припадокъ 1 г. т. назадъ.	Нормал.	Поносъ, рвота.	—	—	Выздоровл.	20	16	—	Въ послѣдніе дни въ испраженіяхъ ежедневно большое количество гноя. Въ предшествовавшіе дни былъ слизистый стулъ.
32	Пелагея Баш.	36	9	4 IX 1895	1-й припадокъ 1 г. т. назадъ.	Запоръ.	Запоръ, тошнота.	Нормал.	—	Выздорол.	22	13		Дома нѣсколько разъ принимала слабительное.
33	Софія Ел. . .	26	4	21 II 1896	—	—	Нормал.	Запоръ.	—	Безъ улучш.	14	10	—	Отъ оперативнаго леченія больная рѣшительно отказалась и выписалась.
34	Марія Л. . . .	21	3	27 II 1896	Въ теченіе предшествов. 4 мѣс. было уже 2 припадка.	—	Запоръ, тошнота.	Запоръ.	—	Выздоровл.	12	3		
35	Анна Ал. . .	25	1	8 III 1896	—	—	Нормал.	Запоръ.	Нормал.	Выздоровл.	13	12		
36	Наталья П. .	35	9	30 V 1896	—	—	Запоръ.	—	—	Выздоровл.	22	13		
37	Аграфена Б. .	19	3	7 VI 1896	—	—	Запоръ.	Рвота.	Graviditas VIII m., Partus praem., Peritonitis diff.	Смерть.	6	3	Peritonitis diff.	
38	Елизавета К. .	57	—	26 VI 1896	—	Поносъ.	Нормал.	Нормал.	—	Выздоровл.	—	23		
39	Александра Б.	31	2	7 VIII 1896	—	—	Поносъ, рвота.	Нормал.	Rheumatismus.	Выздоровл.	11	9		
40	Софія М. . .	26	21	16 VIII 1896	—	—	Поносъ.	—	Typhus abdomin. Infarct. metas. pulm., Erysipelas nasi, Peritonitis diff.	Смерть.	20	1	Peritonitis diff.	Въ червеобразномъ отросткѣ имѣлись брюшнотифозныя язвы и прободеніе.

ПРИМУ

№№ по порядку.	Имя и фамилія.	Сколько лѣтъ.	Сколько дней болѣла дома.	Время поступленія въ больницу.	Предшествовавшіе припадки.	Отправленія желудочно-кишечнаго канала.			Осложненія.	Исходъ.	На какой день болѣзни.	На какой день по пост. въ больницу.	Причина смерти.	Особыя замѣчанія.
						До болѣзни.	Въ началѣ болѣзни.	Въ концѣ болѣзни.						
41	Ольга Г. . . .	18	11	28 IX 1896	Не было.	—	Запоръ.	Нормал.	—	Выздоровл.	30	19	—	
42	Матрена Ек. .	24	14	3 XI 1896	—	—	Запоръ, поносъ, рвота.	Запоръ.	—	Выздоровл.	28	14		
43	Анна Ан. . .	40	4	16 I 1897	2 припадка за 8 лѣтъ.	Запоръ.	Запоръ, рвота.	Запоръ.	—	Выздоровл.	9	5		
44	Марія Вол. . .	17	—	3 II 1897	1-й припадокъ $1^1/_2$ мѣс. т. назадъ.	Поносъ.	Нормал., рвота.	Нормал.	—	Выздоровл.	—	18	—	Отъ перваго припадка больная вполнѣ не оправлялась. За недѣлю до поступленія боли живота обострились.
45	Наталья Н. . .	23	6	10 II 1897	—	Запоръ.	Запоръ, рвота.	Нормал.	—	Выздорова.	36	30		
46	Марія Ас. . .	20	2	17 II 1897	—	Поносъ.	Нормал., рвота.	Нормал.	—	Выздорова.	9	7		
47	Марія Ст. .	32	6	5 IV 1897	Не было.	Поносъ.	Поносъ.	Нормал.	—	Выздорова.	31	25		
48	Эмилія Эм. . .	21	1	6 IV 1897	—	Нормал.	Поносъ, запоръ.	Запоръ.	—	Выздорова.	7	6		
49	София Як. . .	25	5	3 VII 1897	Не было.	Нормал	Запоръ, рвота.	Нормал.	—	Выздорова.	21	16		
50	Александра Г.	43	3	3 VII 1897	—	—	—	Нормал.	Graviditas VII m.	Выздорова.	20	17	—	Заболѣла, будто бы, послѣ испуга.
51	Ольга Кл. . .	57	1	25 IX 1897	—	Нормал.	Поносъ, тошнота.	Нормал.	Influenza.	Выздорова.	10	9		
52	Антонина Ал.	23	10	13 X 1897	Было нѣсколько легкихъ припадковъ.	Поносъ и запоръ.	Поносъ, запоръ.	Запоръ.	Influenza.	Выздорова.	19	9		
53	Корнелія Б. .	31	11	9 XI 1897	Не было.	Запоръ.	Запоръ, поносъ.	Запоръ, поносъ.	Haemorrhoides,	Выздорова.	30	19		
54	Аграфена Гр. .	16	6	19 XI 1897	Не было.	Нормал.	Запоръ.	Запоръ.	—	Выздорова.	30	24		

НЕ КНИГУ

№№ по порядку.	Имя и фамилія.	Сколько лѣтъ.	Сколько дней болѣла дома.	Время поступленія въ больницу.	Предшествовавшіе припадки.	Отправленія желудочно-кишечнаго канала. До болѣзни.	Отправленія желудочно-кишечнаго канала. Въ началѣ болѣзни.	Отправленія желудочно-кишечнаго канала. Въ концѣ болѣзни.
55	Устинья Ш. .	42	2	12 XII 1897	—	—	Рвота.	Запоръ.
56	Екатерина К. .	26	1	19 XII 1898	Не было.	Нормал.	Запоръ, поносъ, рвота.	Поносъ, рвота.
57	Матрена Еф. .	25	7	27 II 1898	Послѣдній годъ часто страдала болями живота.	Запоръ.	Запоръ.	Запоръ.
58	Настасья Ник.	27	въ тотъ же день	9 IV 1898	2 припадка.	—	Запоръ.	Запоръ.
59	Марія Бос. .	21	6	3 VI 1898	Не было.	Нормал.	Запоръ.	Нормал.
60	Прасковья Ан.	30	3	13 VI 1898	—	—	Запоръ, поносъ, рвота.	Запоръ.
61	Варвара Г. . .	29	2	28 VI 1898	—	—	Поносъ, запоръ.	Нормал.
62	Леонора Ш. .	41	5	22 VII 1898	—	Нормал.	Запоръ.	Нормал.
63	Марія Коп. .	23	13	6 IX 1898	—	—	Поносъ, рвота.	Поносъ.
64	Екатерина Б.	66	14	24 IX 1898	Не было.	Запоръ.	Запоръ.	—
65	Матрена Т. .	42	30	28 IX 1898	Не было.	Поносъ.	Нормал., тошнота.	Нормал.
66	Анна Ник. . .	20	1	5 X 1898	Не было.	Нормал.	Запоръ.	Нормал.
67	Татьяна Т. . .	18	2	24 XI 1898	—	—	Рвота.	Запоръ.
68	Марія Пав. .	36	7	6 XII 1898	1-й припадокъ 5 лѣтъ т. назадъ.	Нормал.	Запоръ, тошнота.	Нормал.

Осложненія.	Исходъ.	На какой день болѣзни.	На какой день по пост. въ больницу.	Причина смерти.	Особыя замѣчанія.
—	Выздоровл.	11	9		
Peritonitis diff.	Смерть.	6	5	Peritonitis diff.	Червеобразный отростокъ проведенъ у основанія, въ просвѣтѣ мелкіе каловые камни.
—	Выздоровл.	13	6	—	Настоящее заболѣваніе больная ставитъ въ связь съ поднятіемъ большой тяжести.
—	Выздоровл.	5	5		
—	Выздоровл.	29	23		
Puerperium. Peritonitis diff.	Смерть.	10	7	Peritonitis diff.	8 недѣль послѣ родовъ. Червеобразный отростокъ проведенъ въ нѣсколькихъ мѣстахъ.
Influenza.	Выздоровл.	40	38		
Periostitis max. sup.	Выздоровл.	21	16		
Graviditas VIII m., Partus praem., Abscessus hepatis multiplices, Trombosis v. portae. Peritonitis diff.	Смерть.	23	10	Peritonitis diff. Sepsis.	Проведенія червеобразнаго отростка не было, имѣлись только язвы. Вокругъ червеобразнаго отростка и слѣпой кишки обособленный гнойникъ.
—	Выздоровл.	26	12		
Botriocephalus latus.	Улучшеніе.	47	17	—	Выписалась съ небольшими инфильтратомъ, нисколько не измѣнившимся за послѣднее время.
—	Выздоровл.	24	23		
—	Выздоровл.	10	8		
—	Выздоровл.	16	9		

НЕ КНИЖ

№№ по порядку.	Имя и фамилія.	Сколько лѣтъ.	Сколько дней болѣла дома.	Время поступленія въ больницу.	Предшествовавшіе припадки.	Отправленія желудочно-кишечнаго канала.			Осложненія.	Исходъ.	На какой день болѣзни.	На какой день по поступ. въ больницу.	Причина смерти.	Особыя замѣчанія.
						До болѣзни.	Въ началѣ болѣзни.	Въ концѣ болѣзни.						
69	Александра Д.	18	Въ тотъ же день.	25 I 1899	Не было.	Нормал.	Нормал.	Нормал.	—	Выздоровл.	7	7		
70	Матрена Ор. .	21	3	22 I 1899	—	Нормал.	—	Запоръ.	—	Выздоровл.	9	6		
71	Анисья Бор. .	52	2	26 I 1899	5 припадковъ.	Запоръ.	—	—	—	Выздоровл.	21	19	—	Больной съ самаго начала почти ежедневно проваводились клизмы и 1 разъ дано слабительное, послѣ котораго повпились рвота, сильныя боли и вздутіе живота.
72	Анна Ст. . .	15	2	1 II 1899	Не было.	Нормал.	Поносъ.	Нормал.	—	Выздоровл.	13	11		
73	Рахиль Л. . .	19	3	20 II 1899	Не было.	Нормал.	Запоръ.	Нормал.	—	Выздоровл.	56	53		
74	Александра Т.	39	2	3 IV 1899	—	—	Рвота, запоръ.	Запоръ.	—	Выздоровл.	15	13	—	Въ день заболѣванія больной сдѣлана была клизма и дано слабительное, послѣ чего боли обострились въ высшей степени и повпилась рвота.
75	Прасковья Ел.	28	2	31 III 1899	—	—	Запоръ, рвота.	Поносъ.	—	Выздоровл.	35	33		
76	Дарья Кап. . .	55	10	27 IV 1899	—	—	Нормал.	Нормал.	—	Выздоровл.	35	25	—	Предшествовала Influenza.
77	Александра Н.	39	14	1 VI 1899	1 приводокъ 2 г. т. назадъ.	—	Запоръ, рвота.	Нормал.	—	Выздоров.	30	16		
78	Екатерина Д. .	23	Въ тотъ же день.	11 VI 1899	—	Нормал.	Нормал., рвота.	Нормал.	—	Выздоровл.	7	7		
79	Марія Коз. . .	20	2	12 VI 1899	—	—	Запоръ.	Нормал.	—	Выздоровл.	12	10		
80	Екатерина В. .	13	7	22 VI 1899	—	Нормал.	Запоръ, рвота.	Нормал.	—	Безъ улучш.	16	9		
81	Екатерина Н. .	33	Въ тотъ же день.	30 VI 1899	—	Нормал.	Запоръ, рвота.	Нормал.	—	Выздоровл.	30	30		
82	Марія Х. . .	21	7	22 VI 1899	Не было.	Нормал.	Запоръ.	Нормал.	—	Выздоровл.	19	12		

НЕ ХНМУ

№№ по порядку.	Имя и фамилія.	Сколько лѣтъ.	Сколько дней болѣла дома.	Время поступленія въ больницу.	Предшествовавшіе припадки.	Отправленія желудочно-кишечнаго канала.			Осложненія.	Исходъ.	На какой день болѣзни.	На какой день по пост. въ больницу.	Причина смерти.	Особыя замѣчанія.
						До болѣзни.	Въ началѣ болѣзни.	Въ концѣ болѣзни.						
83	Евдокія С. . .	16	7	29 VII 1899	--	Нормал.	Нормал.	Нормал.	-	Выздорова.	29	22		
84	Александра П.	17	21	5 VIII 1899	—	—	Поносъ.	—	—	Выздорова.	28	7		
85	Софія Шм. . .	32	8	14 VIII 1899	Были.	—	Запоръ, поносъ, рвота.	Запоръ.	—	Выздорова.	20	12		
86	Ольга Ив. . .	36	9	16 VIII 1899	1 припадокъ 2 года т. назадъ.	—	Запоръ, рвота.	- -	—	Выздорова.	14	5		
87	Анна Ил. . .	19	3	26 IX 1899	Не было.	Нормал.	Запоръ, рвота.	Нормал.	—	Выздорова.	15	12		
88	Аѳдотья Ф. .	43	4	1 XI 1899	1 припадокъ 3 мѣс. т. назадъ.	Нормал.	Нормал.	Нормал.	—	Выздорова.	23	19		
89	Ефросинья П.	30	2	10 II 1900	—	—	—	Запоръ.	-	Выздорова.	11	9		

НБ ХНМУ

ТАБЛИЦЫ

случаевъ перитифлита, леченныхъ оперативно.

НБ ХНМУ

№№ по порядку.	Имя и фамилія.	Сколько лѣтъ.	Сколько дней болѣла дома.	Время поступленія въ больницу.	Предшествовавшіе припадки.	Отправленія желудочно-кишечнаго канала.	Операція.	На какой день болѣзни.	На какой день по поступл. въ больн.
1	Настасья Ф. .	25	4	3 III 1892	—	Нормал.	11/III. Пробная пункція отрицательная. 23/III. Разрѣзъ черезъ правый сводъ.	25	20
2	Ева Кап. . .	51	6	12 III 1892	—	Запоръ, рвота.	13/III. Косой разрѣзъ.	7	2
3	Анна Пер. .	26	3	10 V 1892	Не было.	Запоръ.	17/V. Косой разрѣзъ.	10	7
3а	Авдотья Вл. .	46	35	16 VII 1892	1 припадокъ 6 мѣс. тому назадъ.	Запоръ.	24/VII. Косой разрѣзъ.	43	8
4	Екатерина Ст.	50	1	26 VIII 1892	—	Поносъ, рвота.	3/VIII. Косой разрѣзъ.	10	9
5	Ульяна Б. . .	32	—	20 II 1893	Нѣсколько припадковъ въ теченіе 8 мѣс.	Запоръ, рвота.	23/II Косой разрѣзъ и противоотверстіе сзади.	—	3

Осложненія.	Исходъ.	На какой день болѣзни.	На какой день по поступленіи въ больницу.	На какой день послѣ операціи.	Причина смерти.	Особыя замѣчанія.
Peritonitis diff.	Смерть.	28	20	4	Peritonitis diff.	На вскрытіи найдены каловые камни и перфорація въ червеобразномъ отросткѣ; кромѣ того вторичная перфорація въ слѣпую кишку; перфорація перитифлит. гнойника въ брюшную полость.
Pneumonia cat. Каловой свищъ.	Выздоров.	54	48	47	—	17/V больная вновь поступила съ открывшимся свищемъ на мѣстѣ раны, который черезъ 16 дней зажилъ самостоятельно.
—	Выздоров.	92	89	82		
—	Улучшен.	75	40	32	—	При операціи, по разрѣзѣ всѣхъ слоевъ брюшной стѣнки, сдѣланы были повторныя пробныя пункціи, но получены отрицательные результаты, почему брюшная рана была зашита послойно. 16/VIII произошло произвольное вскрытіе гнойника на мѣстѣ закрывшагося разрѣза. Имѣлся довольно больной гнойникъ съ ватекомъ на бедро, но больная отъ оперативнаго вмѣшательства отказалась и выписалась.
Pneumoniachron.	Выздоров.	45	44	36		
Cystoma ovarii s. Angina follicul. Cystitis.	Выздоров.	—	69	66	—	Больная принята въ гинекологическое отдѣленіе съ cystoma ovar. sin. Спустя 1½ мѣс. у ней въ больницѣ появились первые припадки

НБ ХГМУ

№ № по порядку.	Имя и фамилія.	Сколько лѣтъ.	Сколько дней болѣла дома.	Въ какомъ поступлена въ больницу.	Предшествовавшіе припадки.	Отправленіе желудочно-кишечнаго канала.	Операція.	На какой день болѣзни.	На какой день по поступл. въ больн.	Осложненія.	Исходъ.	На какой день болѣзни.	На какой день по поступлении въ больницу.	На какой день послѣ операціи.	Причина смерти.	Особыя замѣчанія.
6	Авдотья Кит. .	40	3	24 VI 1893	1 припадокъ нѣсколько мѣс. тому назадъ.	Нормал., рвота.	28/IV. Косой разрѣзъ.	8	5	—	Выздоров.	48	45	41		перитифлита. Послѣдніе 8 мѣс. до поступленія въ больницу больная страдала болями живота. Мѣсяцъ спустя отъ начала заболѣванія per rectum отошло много гноя, (вѣроятно, гнойникъ прорвался въ кишку); съ тѣхъ поръ у больной частые припадки болей живота.
7	Монахини Ев.	43	3	29 V 1893	Не было.	Запоръ, рвота.	2/VI. Косой разрѣзъ. 9/VI. Противоотверстіе въ зад. сводѣ.	8	5	—	Выздоров.	61	58	54		
8	Авдотья В. . .	22	13	23 VII 1893	Не было.	Нормал.	25/VII. Косой разрѣзъ.	16	3	—	Выздоров.	58	45	43		
9	Анна Тим. . .	48	11	17 VIII 1893	—	Нормал.	20/VIII. Косой разрѣзъ.	14	3	—	Выздоров.	55	43	41		
10	Варвара Мих.	49	10	28 IX 1893	—	Нормал., рвота.	8/X. Косой разрѣзъ. 2/XI. Вторичные швы.	21	11	—	Выздоров.	48	35	25		
11	Анна Пес. . .	32	4	10 XII 1893	—	Запоръ.	14/VIII. Косой разрѣзъ.	9	5	Peritonitis diff.	Смерть.	48	44	40	Peritonitis diff.	Червеобразный отростокъ прободенъ у основанія. Всюду въ брюшной полости между петлями кишекъ густой гной. Восходящая часть толстой кишки спустилась къ слѣпой и плотно срослась съ лѣвой ея стороной. Около слѣпой кишки и червеобразнаго отростка плотныя фиброзныя сращенія.

НЕ КОПИРОВАТЬ

№№ по порядку	Имя и фамилія.	Сколько лѣтъ.	Сколько дней больна дома.	Время поступленія въ больницу	Предшествовавшіе припадки.	Отправленія желудочно-кишечнаго канала.	Операція.	На какой день болѣзни.	На какой день по поступленіи въ больн.	Осложненія.	Исходъ.	На какой день болѣзни.	На какой день по поступленіи въ больн.	На какой день послѣ операціи.	Причина смерти.	Особыя замѣчанія.
12	Марія Ол. . .	19	14	7 I 1894	—	Запоръ.	10/I. Косой разрѣзъ.	18	4	—	Выздоров.	62	48	45		
13	Анна Ил. . .	17	10	27 I 1894	Нѣсколько припадковъ въ теченіе послѣднихъ 2 мѣсяцевъ.	Запоръ, рвота.	14/IV. Косой разрѣзъ. 12/IV. Вторичные швы.	57	47	Нагноеніе во вторичныхъ швахъ.	Выздоров.	85	75	29	—	Гнойникъ лежалъ подъ слѣпой кишкой, куда пришлось идти черезъ здоровую брюшную полость.
14	Ольга Чер. . .	17	6	25 II 1894	Не было.	Запоръ, рвота.	28/II. Косой разрѣзъ, 24/III. Вторичные швы.	10	4	—	Выздоров.	34	28	24		
15	Анна Пузд. .	27	14	11 IV 1894	Не было.	Нормал.	16/IV. Косой разрѣзъ.	20	6	—	Выздоров.	51	37	32		
16	Марія Ал. . .	41	1	7 VIII 1894	1 припадокъ 7 лѣтъ тому назадъ.	Поносъ, рвота.	13/VIII. Косой разрѣзъ.	8	7	—	Выздоров.	73	72	66		
17	Матрена П.	32	3	28 X 1894	Не было.	Запоръ.	8/XI Косой разрѣзъ.	15	12	—	Выздоров.	47	44	33		
18	Наталья Ос. .	40	5	3 XI 1894	Не было.	Запоръ.	5/IX. Косой разрѣзъ. 5/XII. Вторичные швы.	9	4	—	Выздоров.	38	33	30	—	Черезъ 10 мѣсяцевъ больная вновь поступила въ больницу съ грыжей на мѣстѣ рубца. Надовсемъ опять вторичные швы.
19	Елена Ив. . .	39	7	4 XI 1893	Не было.	Поносъ.	9/IX. Косой разрѣзъ. 3/XII. Вторичные швы.	13	6	—	Выздоров.	36	29	24		
20	Клара Ян. . .	11	6	10 XII 1894	—	—	10/XII. Косой разрѣзъ. Ампутація червеобразнаго отростка.	6	1	Peritonitis diff.	Смерть.	7	Черезъ 11 час.	Черезъ 11 час.	Peritonitis diff.	Общій перитонитъ имѣлся до операціи: червеобразный отростокъ омертвѣлый, съ прободеніемъ у основанія.
21	Елена Зуб. . .	23	4	14 XII 1894	Не было.	Нормал., рвота.	21/XII. Косой разрѣзъ и противоотверстіе сзади.	12	8	—	Выздоров.	50	46	39	—	Выписалась со свищемъ спереди.

НЕ КОПИРОВАТЬ

№№ по порядку.	Имя и фамилія.	Сколько лѣтъ.	Сколько дней болѣзнь длилась дома.	Время поступленія въ больницу.	Предшествовавшіе припадки.	Отправленія желудочно-кишечнаго канала.	Операція.	На какой день болѣзни.	На какой день по поступл. въ больн.	Осложненія.	Исходъ.	На какой день болѣзни.	На какой день по поступленіи въ больницу.	На какой день послѣ операціи.	Причина смерти.	Особыя замѣчанія.
22	Александра К.	21	11	15 XII 1894	—	Поносъ, запоръ, рвота.	17/XII. Косой разрѣзъ. 31/I. Вторичные швы.	14	3	—	Выздоров.	58	47	45		
23	Анна К. . . .	29	12	13 I 1895	—	Запоръ.	18/I. Косой разрѣзъ. 11/II. Вторичные швы.	18	6	Небольшое нагноеніе около вторичныхъ швовъ.	Выздоров.	60	48	43	—	Остался неглубокій свищь.
24	Василиса М.	38	4	16 II 1895	Не было.	—	17/II. Косой разрѣзъ. 27/II. Вторичные швы.	6	2	—	Выздоров.	43	39	38	—	Перитифлитическій гнойникъ прорвался уже подъ кожу.
25	Прасковья П.	20	9	20 II 1895	—	Запоръ.	24/II. Косой разрѣзъ. 14/IV. Вторичные швы.	9	5	Pneumonia cal. Parotitis. Калоной свищь. Ascarides.	Выздоров.	63	55	50	—	Гнойникъ вскрытъ черезъ здоровую брюшную полость. Калоной свищь закрытъ швами и затѣмъ послойный шовъ на брюшную стѣнку.
26	Александра С.	28	2м.	21 IV 1895	—	—	21/IV. Косой разрѣзъ, ампутація червеобразнаго отростка. 13/X. Вторичные швы.	—	1	—	Выздоров.	125	65	65	—	Гнойникъ вскрытъ черезъ здоровую брюшную полость.
27	Антонина Ал.	23	5	22 IV 1895	Не было.	Поносъ, запоръ, рвота.	24/IV. Косой разрѣзъ, ампутація червеобразнаго отростка.	8	3	Прорывъ гнойника къ рукавѣ.	Выздоров.	79	74	72	—	Гнойникъ вскрытъ черезъ здоровую брюшную полость.
28	Надежда Гр. .	15	20	21 V 1895	Не было.	Рвота.	21/V. Косой разрѣзъ.	21	1	—	Выздоров.	42	22 Черезъ 12 час.	22 Черезъ 10 час.		
29	Марія Иг. . .	29	7	27 III 1895	Были.	Запоръ, рвота.	27/VI. Прямой разрѣзъ на краю m. recti и 2 разрѣза параллел. Пупартовой связки; ампутація червеобразнаго стростка.	8	1	Peritonitis diff.	Смерть.	8	12 час.	10 час.	Peritonitis diff.	Въ гною найденъ каловой камень. Прободеніе червеобразнаго отростка около верхушки.

НЕ ХИМ

№№ по порядку.	Имя и фамилія.	Сколько лѣтъ.	Сколько дней болѣла дома.	Время поступленія въ больницу.	Предшествовавшіе припадки.	Отправленіе желудочно-кишечнаго канала.	Операція.	На какой день болѣзни.	На какой день по поступ. въ больн.	Осложненія.	Исходъ.	На какой день болѣзни.	На какой день по поступленіи въ больницу.	На какой день послѣ операціи.	Причина смерти.	Особыя замѣчанія.
30	Евдокія П. . .	30	14	5 I 1896	—	Запоръ.	16/I. Косой разрѣзъ.	23	9	GraviditasVIIIm.	Выздоров.	73	59	51	—	Больная своевременно родила. При осмотрѣ черезъ $1^1/_4$ г. никакой грыжи на мѣстѣ рубца.
31	Серафима Ал.	28	14	27 III 1896	$2^1/_2$ мѣс. тому назадъ былъ 1-ый припадокъ.	Нормал.	28/III. Косой разрѣзъ. 3/VII. Вторичные швы.	16	2	Erysipelas faciei.	Выздоров.	76	63	62	—	Гнойникъ вскрытъ черезъ здоровую брюшную полость.
32	Марія П. . .	31	9	12 IV 1896	—	—	23/IV. Косой разрѣзъ и противоотверстіе сзади.	11	2	Influenza.	Выздоров.	71	62	61		
33	Елизавета Вл.	38	—	16 VI 1896	1-ый припадокъ 2 года тому назадъ.	—	18/VI. Косой разрѣзъ.	—	3	—	Выздоров.	—	43	41		
34	Марія Ф. . .	43	28	7 VII 1896	—	Нормал.	8/VII. Косой разрѣзъ.	29	2	—	Выздоров.	135	106	104	—	При поступленіи въ больницу перитифлитическій гнойникъ уже прорвался подъ кожу спереди.
35	Анна Ир. . .	43	15	20 VII 1896	—	Нормал.	22/VIII. Косой разрѣзъ.	18	3	Influenza.	Выздоров.	81	66	64		
36	Татьяна Сер. .	24	—	3 VIII 1896	—	Запоръ, рвота.	4/VI. Косой разрѣзъ.	—	2	Peritonitis diff.	Смерть.	—	3	2	Peritonitis diff.	При операціи поранена слѣпая кишка, которая оказалась наполненной гноемъ, червеобразный отростокъ былъ совершенно разрушенъ имъ.
37	Дарья Пав. .	39	7	13 VIII 1896	—	Запоръ.	17/VIII. Косой разрѣзъ.	11	5	—	Выздоров.	71	64	60		
38	Юзія Сер. . .	15	10	6 IX 1896	Не было.	Запоръ, рвота.	7/IX. Косой разрѣзъ, ампутація червеобразнаго отростка. 8/X 1897. Закрытіе каловаго свища и вторичные швы.	12	2	Каловой свищъ.	Выздоров.	80	70	69	—	Гангрена верхушки червеобразнаго отростка. Черезъ 10 дней послѣ операціи открылся каловой свищъ у основанія червеобразнаго отростка. Спустя 4 дня послѣ выписки изъ больницы свищъ открылся вновь.

НЕ ХНИ

№№ по порядку.	Имя и фамилія.	Сколько лѣтъ.	Сколько дней больна дома.	Время поступленія въ больницу.	Предшествовавшіе припадки.	Отправленія желудочно-кишечнаго канала.	Операція.	На какой день болѣзни.	На какой день по поступленіи въ больницу.
39	Дарья Лит. . .	24	7	13 IX 1896	Не было.	Рвота.	14/IX. Косой разрѣзъ	9	2
40	Анна Абр. . .	45	1	25 XI 1896	—	Нормал., рвоат.	27/XI. Косые разрѣзы справа и слѣва, ампутація червеобразнаго отростка.	3	2
41	Рашинья Г. . .	34	4	20 XII 1896	1-мй приподокъ 2 мѣс. тому назадъ.	Запоръ, рвота.	27/XII. Косой разрѣзъ.	12	8
42	Вѣра Ск. . . .	51	18	1 I 1897	Годъ тому назадъ были припадки.	Запоръ, икота.	2/I. Косой разрѣзъ. 5/I. Вторичные швы.	20	2
43	Екатерина Дм.	19	5	10 II 1897	Не было.	Попосъ, тошнота.	12 I. Прямой разрѣзъ черезъ m. rectus; ампутація червеобразнаго отростка. 31/I. Втор ичные швы.	8	3
44	Елена Ник. .	37	8	30 I 1897	2 припадка 7 и 4 года тому назадъ.	Запоръ.	31/I. Косой разрѣзъ.	10	2

Осложненія.	Исходъ.	На какой день болѣзни.	На какой день по поступленіи въ больницу.	На какой день послѣ операціи.	Причина смерти.	Особыя замѣчанія.
—	Выздоров.	82	75	74	—	Гнойникъ вскрытъ черезъ здоровую брюшную полость.
Peritonitis diff.	Смерть.	9	8	7	Peritonitis diff.	Червеобразный отростокъ прободенъ въ двухъ мѣстахъ среди гангренознаго участка.
Graviditas VII m. Peritonitis diff.	Смерть.	12	8	Черезъ 12 час.	Peritonitis diff.	Вскрытія не было.
Каловой свищь.	Выздоров.	54	36	34	—	Гнойникъ вскрытъ черезъ здоровую брюшную полость. Каловой свищь открылся черезъ 4 дня послѣ операціи, а черезъ 2½ недѣли закрылся произвольно.
—	Выздоров.	77	72	70	—	Гнойникъ вскрытъ черезъ здоровую брюшную полость.
Pneumonia fibrinosa.	Смерть.	23	16	15	Pneumonia fibr.	Гнойникъ вскрытъ черезъ здоровую брюшную полость. Червеобразный отростокъ омертвѣлъ и лежалъ частью забрюшинно. Довольно крѣпкія сращенія Flex. Sigmoideae съ тазовой стѣнкой и Volvulus ca ва 180°.

НЕ ХИМУ

№ по порядку.	Имя и фамилія.	Сколько лѣтъ.	Сколько дней болѣлъ дома.	Время поступленія въ больницу.	Предшествовавшіе припадки.	Отправленіе жел.-дорожнаго канала.	Операція.	На какой день болѣзни.	На какой день по поступл. въ больн.
45	Екатерина К.	22	10	27 II 1897	Не было.	Поносъ, рвота.	28/I. Косой разрѣзъ. Ампутація червеобразнаго отростка.	12	2
46	Екатерина К.	44	3	4 III 1897	Нѣсколько припадковъ.	Запоръ, рвота.	4/III. Разрѣзъ по l. alba. Ампутація червеобразнаго отростка.	4	1
47	Наталья В. . .	21	2	22 VI 1897	Не было.	Нормал., рвота.	29/IX. Прямой разрѣзъ черезъ m. rectus.	4	2
48	Ефимья С. . .	19	13	6 VII 1897	—	Поносъ, рвота.	11 VII. Косой разрѣзъ. Ампутація червеобразнаго отростка.	19	6
49	Федосья Ник.	37	10	30 VIII 1897	—	Нормал.	8/IX. Косой разрѣзъ. 27/X. Вторичные швы.	20	10
50	Елизавета С. .	64	4	3 IX 1897	—	Поносъ, рвота.	9/IX. Косой разрѣзъ. 23/I. Вторичные швы.	14	10
51	Марія Б. . .	44	4	1 XI 1897	Не было.	Запоръ.	5/XI. Косой разрѣзъ. Ампутація червеобразнаго отростка.	7	3

Осложненія.	Исходъ.	На какой день болѣзни.	На какой день по поступленіи въ больницу.	На какой день была операція.	Причина смерти.	Особыя замѣчанія.
Nephritis parench. ac.	Смерть.	13	4	3	Nephritis par.	Гнойникъ вскрытъ черезъ здоровую брюшную полость. Червеобразный отростокъ былъ совершенно разрушенъ, въ немъ найденъ каловой камень.
Peritonitis diff. Pneumonia fibrinosa. Salpingitis dext. pur.	Смерть.	7	4	4	Peritonitis diff.	Червеобразный отростокъ прободенъ почти посрединѣ.
Graviditas I m. Abortus. Peritonitis diff.	Смерть.	6	4	3	Peritonitis diff.	Червеобразный отростокъ весь дрябмый; въ полости его каловой камень. Въ стѣнкѣ слѣпой кишки имѣлись 2 прободенія.
Post partum.	Выздоров.	48	36	30	—	Заболѣла на 3-й день послѣ родовъ.
Pneumonia cat. Rheumat. insuss.	Выздоров.	63	53	43		
Инфаркты въ легкихъ.	Выздоров.	74	70	60		
Pleuropneumonia fibr.	Смерть.	19	15	13	Pleuropneumonia fibr.	Гнойникъ вскрытъ черезъ здоровую брюшную полость. Червеобразный отростокъ прободенъ въ 2 мѣстахъ; у основанія совершенно зарощенъ.

НЕХИМУ

№№ по порядку.	Имя и фамилія.	Сколько лѣтъ.	Сколько дней болѣлъ до поступленія въ больницу.	Время поступленія въ больницу.	Предшествовавшіе припадки.	Отправленія желудочно-кишечнаго канала.	Операція.	На какой день болѣзни.	На какой день по поступленіи въ больницу.
52	Федосья Ш. .	30	13	8 I 1898	—	Запоръ.	8/I. Разрѣзъ по l. alba.	14	1
53	Прасковья П.	25	1	16 I 1898	—	Запоръ, рвота.	17/I. Разрѣзъ по l. alba. Ампутація червеобразнаго отростка и прилежащихъ придатковъ.	3	2
54	Клавдія Ор. . .	39	10	23 I 1898	—	Запоръ.	29/I. Косой разрѣзъ.	17	7
55	Авдотья К. . .	28	7	17 II 1898	Не было.	Запоръ.	24/II. Косой разрѣзъ. 29/III. Противоестественное слѣпа.	15	8
56	Ираида Ан. .	17	4	25 II 1898	—	Нормал.	28/II. Косой разрѣзъ. 2/IV. Вторичные швы.	8	4
57	Февронія Як.	35	4	13 III 1898	—	Запоръ.	22/III. Косой разрѣзъ. 29/IV. Противоестественное слѣпа.	14	9

Осложненія.	Исходъ.	На какой день болѣзни.	На какой день по поступленіи въ больницу.	На какой день послѣ операціи.	Причина смерти.	Особыя замѣчанія.
Peritonitis diff. Parotitis. Каловой свищъ Flex. sigm. и слѣпой кишки.	Смерть.	36	23	23	Peritonitis diff.	Червеобразный отростокъ прободенъ у верхушки. Выпи язвы и прободеніе Flex. Sigmoid. Перитонитъ распространялся только на нижнюю половину жив. Нѣкался volvulus Flex. sigmoideae incompl.
Peritonitis diff. Salpingitis dext. pur.	Выздоров.	190	189	188	—	Больная долго находилась въ больницѣ изъ за незаживающаго свища. Выписалась съ порядочной грыжей на мѣстѣ рубца. Свищъ вскорѣ по выпискѣ открылся вновь.
Peritonitis diff.	Смерть.	22	12	6	Peritonitis diff.	Верхушечная половина червеобразнаго отростка разрушена. Вслѣдствіе обширныхъ сращеній кишекъ—отводительная кишечная непроходимость.
Peritonitis diff.	Выздоров.	437	430	422	—	Выписалась съ небольшимъ свищемъ, отъ операціи котораго отказалась.
Pneumonia cat.	Выздоров.	76	72	69	—	Гнойникъ вскрытъ черезъ здоровую брюшную полость.
Post abortum. Pneumonia cat. Pleuritis. Peritonitis diff.	Выздоров.	155	150	142	—	14/III больной произведено высасываніе мочи по поводу выкидыша, а недѣлю спустя начали развиваться признаки перитифлита. Гнойникъ вскрытъ черезъ здоровую брюшную полость.

НБ ХГМУ

№№ по порядку	Имя и фамилія.	Сколько лѣтъ.	Сколько дней болѣлъ дома.	Время поступленія въ больницу.	Предшествовавшіе припадки.	Отправленія желудочно-кишечнаго канала.	Операція.	На какой день болѣзни.	На какой день по поступл. въ больн.	Осложненія.	Исходъ.	На какой день болѣзни.	На какой день по поступленіи въ больницу	На какой день послѣ операціи.	Причина смерти.	Особыя замѣчанія.
58	Клавдія С. . .	32	11	26 III 1898	1-ый припадокъ $1^{1}/_{4}$ г. тому назадъ.	Нормал.	30/III. Косой разрѣзъ.	16	5	Pneumonia cat. Каловой свищъ.	Выздоров.	109	98	94	—	Гнойникъ вскрытъ черезъ здоровую брюшную полость. Свищъ открылся мѣсяцъ спустя послѣ операціи; закрылся произвольно.
59	Анна Г. . . .	27	3	1 IV 1898	Не было.	Нормал.	7/IV. Верхній косой разрѣзъ. 15/IV. Противоотверстіе сзади.	10	7	—	Выздоров.	88	85	79	—	Гнойникъ вскрытъ черезъ здоровую брюшную полость.
60	Анна См. . .	47	7	29 VII 1898	Не было.	Запоръ, тошнота.	30/VII. Косой разрѣзъ. 27/I. Противоотверстіе сзади.	10	2	—	Выздоров.	74	67	66	—	Гнойникъ вскрытъ черезъ здоровую брюшную полость.
61	Анна Дан. . .	21	10	16 XII 1898	—	Запоръ, рвота.	26/XII. Косой разрѣзъ. 1/IV. Вторичные швы.	21	11	—	Выздоров.	99	89	79		
62	Марія Н. . . .	66	5	2 I 1898	Не было.	Запоръ, рвота.	8/I. Косой разрѣзъ.	12	7	Pneumonia cat. Pyosalpinx d. Haemorroides.	Смерть.	37	32	26	Sepsis	Гнойникъ былъ вскрытъ черезъ здоровую брюшную полость. Смерть послѣдовала отъ сепсиса съ септическимъ инфарктомъ въ легкія. Червеобразный отростокъ почти посрединѣ раздѣленъ (самоампутированъ) на двѣ половины.
63	Хая Шем. . .	18	3	4 I 1899	—	Запоръ.	7/I. Косой разрѣзъ. 2/III. Вторичные швы.	7	4	—	Выздоров.	60	57	53	—	Гнойникъ вскрытъ черезъ здоровую брюшную полость. Червеобразный отростокъ совершенно разрушенъ.
64	Анна Ал. . .	20	7	17 I 1900	Не было.	Повось, рвота.	26/I. Косой разрѣзъ.	16	9	Pneumonia cat. Каловой свищъ.	Выздоров.	71	64	56		

НВКНМУ

№ по порядку.	Имя и фамилія.	Сколько лѣтъ.	Сколько дней болѣлъ домa.	Время поступленія въ больницу.	Предшествовавшіе припадки.	Отправленія желудочно-кишечнаго канала.	Операція.	На какой день болѣзни.	На какой день по поступл. въ больн.	Осложненія.	Исходъ.	На какой день болѣзни.	На какой день по поступленіи въ больн.	На какой день послѣ операціи.	Причина смерти.	Особыя замѣчанія.
65	Марія М. .	24	6	20 II 1899	Были.	Запоръ, рвота.	20/II. Косой разрѣзъ. 5/III. Противоотверстіе сзади.	6	1	Pneumonia chr.	Выздоров.	116	110	110	—	Гнойникъ вскрытъ черезъ здоровую брюшную полость. Выписалась со свищемъ.
66	Александра К.	40	16	30 V 1899	1 припадокъ 2 года тому назадъ.	Поносъ, рвота.	1/VI. Разрѣзъ по l. alba и противоотверстіе въ рукавѣ.	18	2	Peritonitis diff. tuber. et. pur. Pneumonia chron.	Смерть.	44	28	27	Peritonitis pur. Tuberc. miliar.	Червеобразный отростокъ разрушенъ во многихъ мѣстахъ.
67	Лидія В. . . .	22	—	20VIII 1899	3 припадка въ теченіе 5 лѣтъ.	-	30/VIII Разрѣзъ по l. alba.	—	1	Peritonitis diff.	Смерть.		20	20	Peritonitis diff.	Весьма запущенный случай. Гнойникъ прорвался уже подъ кожу и распространился здѣсь до sp. ant. sup. sin.
68	Марія К. . .	35	6	13 X 1899	2 припадка за 3 года.	Запоръ	14/X. Косой разрѣзъ.	7	2	—	Выздоров.	53	47	46		
69	Валентина Ф.	11	3	9 XI 1899	Не было.	Поносъ, запоръ.	15/XI. Косой разрѣзъ. 14/I. Вторичные швы.	10	7	—	Выздоров.	53	50	44	—	Гнойникъ вскрытъ черезъ здоровую брюшную полость.
70	Анна Сок. . .	12	14	25 I 1900	Не было.	Запоръ.	26/I. Косой разрѣзъ.	16	2	—	Выздоров.	76	62	61		
71	Марія Ал. . .	20	40	18 XI 1899	Не было.	Запоръ.	20/XI. Прямой разрѣзъ надъ sp. ant. sup. 17/IV. Вторичные швы.	42	2	—	Выздоров.	178	138	136		
72	Марія Ш. . .	57	17	3 III 1900	—	Нормал.	31/I. Косой разрѣзъ.	17	1	Hernia cruralis dext.	Выздоров.	81	64	64		
73	Прасковья Еф.	39	7	18 V 1900	—	Рвота.	20/V. Косой разрѣзъ.	9	2	Abscessus multiplices hepatis.	Смерть.	37	30	29	Sepsis.	Имѣлся также гнойникъ въ забрюшинной клѣтчаткѣ. Гнойники печени не достигали крупныхъ размѣровъ. Прободеніе червеобразнаго отростка въ нижней половинѣ.

ЧАСТЬ III.

Казуистика.

I. Случаи, леченные терапевтически.

№ 1. *Надежда Ев.* Крестьян. дѣв., 20 лѣтъ. Поступила въ больницу 3-го мая 1890 года, выписалась 8-го мая.

Anamn. Заболѣла 30-го апрѣля: появились вначалѣ боли живота, затѣмъ лихорадка, колотье въ правомъ боку, общее недомоганіе, головная боль, запоръ, которымъ раньше больная не страдала. Menses нормальныя.

St. praes. Больная высокаго роста, хорошаго питанія и сложенія. Языкъ обложенъ, животъ немного вздутъ и болѣзненъ въ правой половинѣ. Печень выступаетъ на 1—2 пальца изъ за края реберъ. Селезенка значительно увеличена, прощупывается. Толчекъ сердца въ V промежуткѣ кнутри отъ l. mammillaris, тоны сердца чисты. На легкихъ притупленія перкуторнаго тона нѣтъ, дыханіе везикулярное, нижнія границы легкихъ подвижны; fremitus pectoralis справа снизу немного ослабленъ, t° 39,2. Предположенъ *начинающійся правосторонній плевритъ;* Ord.: Natr. salic. и согрѣвающій компрессъ на правый бокъ.

4/v. t° утр. 38,7. Пульсъ 100. Дыханіе 24. Животъ напряженъ, вздутъ, справа болѣзненъ на ощупь. Стула не было. Моча кислой реакціи, уд. вѣсъ 1,014, бѣлка и сахара не содержитъ, микроскопически ничего особеннаго. t° веч. 39,4.

5/v. t° утр. 37,7. Пульсъ 80. Дыханіе 24. Больная чувствуетъ себя сегодня хорошо. Послѣ клизмы хорошо прослабило. Ночью немного потѣла. Со стороны легкихъ ничего особеннаго нѣтъ. t° веч. 38,4.

6/v. t° утр. 36,9. Вчера вечеромъ была значительная боль въ правой половинѣ живота въ подвздошной области, гдѣ сегодня ясно прощупывается повышенная резистенція соотвѣтственно слѣпой и началу восходящей толстой кишки. Стула не было, t° веч. 37,4.

НБ ХНМУ

7/v. t° утр. 37,2. Пульсъ 60. Больная чувствуетъ себя хорошо. Боли въ животѣ нѣтъ. Животъ не вздутъ и безболѣненъ. Въ правой подвздошной области прощупывается продолговатая опухоль. t° веч. 37,1.

8/v. t° утр. 36,8. Пульсъ 60. Чувствуетъ себя внѣшне хорошо. На низъ исправно. Боли живота никакой нѣтъ. По желанію больной выписана.

№ 2. *Tina Ben.* Замуж., солд., 33 лѣтъ. Поступила въ больницу 21-го іюня 1890 года, выписалась 3-го августа.

Anamn. Больна 2 недѣли. Понемногу началась боль въ правой подвздошной области. Во время болѣзни противъ запоровъ принимала англійскую соль и каскорку, послѣ чего боль въ подвздошно-слѣпой области живота увеличилась. До настоящей болѣзни имѣла склонность къ запорамъ. Рожала 9 разъ, послѣдніе роды 5 мѣсяцевъ назадъ, послѣ нихъ была боль въ правой нижней части живота, продолжавшаяся около 2 недѣль.

St. praes. Больная средняго роста и посредственнаго питанія. Въ легкихъ ничего особеннаго нѣтъ. Сердце немного увеличено въ поперечникѣ; тоны чисты. Печень выступаетъ изъ за края печени на 1—2 пальца. Селезенка не увеличена. Животъ немного вздутъ. Въ правой подвздошной области прощупывается плотная, продолговатая опухоль, очень болѣзненная, при ощупываніи здѣсь получается gargouillement. Опухоль не доходитъ до Пупартовой связки. Стула не было.

22/vi. t° утр. 39,5. t° веч. 38,1. Ord.: Opii puri gr. $^1/_4$ № 4. Ледъ на животъ сзади.

23/vi. t° утр. 39,4. Пульсъ 128. Дыханіе 28. Больная жалуется на боли въ правой половинѣ живота. Языкъ красенъ, сухъ, обложенъ хало. Стула не было. Опухоль въ правой подвздошной области болѣзненна. Моча уд. вѣса 1,012, кислой реакціи, содержитъ бѣлокъ въ небольшомъ количествѣ и кровь (реакція Геллера), t° веч. 40,0.

24/vi. t° утр. 38,7. Пульсъ 120. Дыханіе 24. Опухоль въ правой подвздошной области безъ перемѣны. Животъ вздутъ немного больше. Стула не было. Частые позывы къ мочеиспусканію, но больная сама не можетъ мочиться, моча выпускается катетромъ. Аппетитъ плохой. t° веч. 38,9.

25/vi. t° утр. 37,4. Пульсъ 120. Дыханіе 32. Спала плохо. Вздутіе живота гораздо значительнѣе; отдѣльныя петли кишекъ ясно обрисовываются. Опухоль въ правой подвздошной области увеличилась. Языкъ обложенъ. Больная жалуется на затрудненное дыханіе. t° веч. 39,4.

26/vi. t° утр. 37,7. Пульсъ 120. Вздутіе живота меньше; боль также уменьшилась, опухоль плотная, наружные покровы надъ нею не измѣнены. Стула не было. t° веч. 38,0.

27/vi. t° утр. 37,4. Пульсъ 100. Спала хорошо. Чувствуетъ себя лучше. Боль живота меньше. Опухоль немного мягче. Стула не было. t° веч. 37,8.

28/vi. t° утр. 36,8. Пульсъ 92. Спала хорошо. Послѣ клизмы былъ необильный стулъ.

Выносъ въ правой подвздошной области уменьшается, также и болѣзненность. Языкъ чистъ. Появился небольшой аппетитъ. t° веч. 36,7.

До 9/vii. Процессъ выздоровленія шелъ нормальнымъ порядкомъ, t° опустилась до нормы, только мочиться больная сама не могла и моча выпускалась катетромъ.

9/vii. t° внезапно вечеромъ поднялась до 39,5°, на слѣдующій день появился ознобъ и рѣзкое обострепіе мѣстныхъ явленій, а слѣдовательно и опухоли.

Черезъ 3 дня t° опять спустилась до нормы и мѣстныя явленія стали исчезать, только воспаленіе мочеваго пузыря (cystitis), вызванное катетеризаціей, долго продолжалось и больная выписалась только 3-го августа.

Въ испражненіяхъ у ней, между прочимъ, найдены яички ленточной глисты

№ 3. *Vasiliева Дем.*, кр., замуж., 32 л. Поступила въ больницу 8-го сентября 1890 г., выписалась 24 сентября.

Anamn. Пять дней тому назадъ появились сильныя боли въ правой нижней части живота (reg. ileo-coecalis) и рвота. Стула не было со дня заболѣванія. Около года хвораетъ животомъ. Менструируетъ съ 20 л., черезъ 3 недѣли по 3 дня, безъ боли. Послѣдняя мѣсячныя окончились 1-го сентября. Рожала 4 раза, послѣдніе роды 5 лѣтъ тому назадъ.

St. praes. Больная средняго роста и удовлетворительнаго сложенія и питанія, кожные покровы и видимыя слизистыя оболочки блѣдны. Языкъ нѣсколько обложенъ. Легкія на верхушкахъ даютъ нѣкоторое притупленіе перкуторнаго тона сзади и спереди, дыханіе жесткое, есть и выдохъ, болѣе рѣзкій справа сзади; слѣва сзади слышатся мелкіе хрипы въ небольшомъ числѣ. Сердце въ границахъ, тоны чисты. Печень и селезенка не увеличены. Весь животъ чувствителенъ при давленіи, но наибольшая болѣзненность справа въ подвздошно-слѣпой области, гдѣ прощупывается уплотненіе, доходящее до срединной линіи; перкуторный звукъ здѣсь тупой. Per vaginam: матка небольшая, подвижная; въ правомъ сводѣ прощупывается утолщенная Фаллопіева труба и яичникъ, выше же объемистая опухоль, не находящаяся въ связи съ половыми и придатками. t° веч. 37,2. Пульсъ 84 полный. Ord.: Calomel gr. $^1/_{15}$ + Extr. bellad. gr. $^1/_6$ № 3. Ледъ на животъ и Clysma.

9/ix. t° утр. 37,0. Пульсъ 64. Послѣ клизмы былъ стулъ. Тошнитъ. Чувствительность живота и уплотненіе въ правой подвздошной впадинѣ по прежнему. t° веч. 37,2.

10/ix. t° утр. 37,0. Пульсъ 60. Перкуторный тонъ въ подвздошно-слѣпой области тимпаническій; чувствительность еще существуетъ, особенно по срединой линіи. Стулъ 3 раза, жидкій. Въ дальнѣйшемъ теченіи t° оставалась нормальной; мѣстныя явленія быстро стихали, опухоль скоро уменьшилась до величины тѣла, болѣзненность также съ каждымъ днемъ уменьшалась. Стулъ подъ конецъ сталъ нормальный.

24/IX больная выписалась, какъ вполнѣ оправившаяся.

№ 4. *Надежда Мар.*, кр., 36 лѣтъ. Поступила въ больницу 18-го октября 1890 г.; выписалась 22 октября.

Anamn. Заболѣла мѣсяцъ тому назадъ *послѣ падевія*; боли въ животѣ, *запоры*, длившіеся по недѣлѣ. Въ первую недѣлю болѣзни были сильныя маточныя кровотеченія, продолжавшіяся сутки, за недѣлю же до болѣзни были регулы. Раньше всегда была здорова. Не рожала. Регулы съ 15-го года черезъ 3 недѣли по 7 дней, а въ послѣдніе годы по 3 дня.

St. praes. Больная хорошаго тѣлосложенія и питанія, покровы чисты. Въ легкихъ и сердцѣ ничего невормальнаго не обнаруживается. Печень и селезенка не увеличены. Животъ не вздутъ. Въ области слѣпой кишки чувствительность при давленіи и прощупывается жгутъ, толщиною въ палецъ.

Per vaginam: матка in antiflexione, шейка сильно изогнута впередъ, подвижность матки ограничена. Своды совершенно свободны, въ правомъ при ощупываніи нѣкоторая чувствительность. t° 37,2. Ord.: Codeini gr. 1/3 № 4.

20/X. t° утр. 36,9. Больная чувствуетъ себя лучше. Опухоль въ области слѣпой кишки еще прощупывается. Стулъ былъ. t° веч. 37,3.

21/X. t° утр. 37,2. Самочувствіе удовлетворительно. Особенныхъ перемѣнъ нѣтъ. t° веч. 37,3.

22/X. t° утр. 37,6. Больная чувствуетъ себя хорошо. Опухоль въ области слѣпой кишки прощупывается по прежнему. Стулъ былъ. По настоятельной просьбѣ больная выписана.

№ 5. *Екатерина Тр.*, кресть., вдова, 33 лѣтъ. Поступила въ больницу 26 декабря 1890 г.; выписалась 24 января 1891 г.

Anamn. Съ 4-го сентября началъ сильно болѣть животъ, особенно съ правой стороны. Постоянно страдала запорами, но въ настоящее время стулъ правильный. 2 года тому назадъ опухли ноги. 10 лѣтъ тому назадъ былъ тифъ. Года 2 тому назадъ начала худѣть. Menstrua въ порядкѣ.

St. praes. Больная хорошаго питанія и крѣпкаго тѣлосложенія. Сѣды желтухи на склерахъ. Языкъ обложенъ. Граница сердца заходитъ вправо на 1½ пальца за правый грудинный край. Тоны чисты. Легкія свободны, кашля нѣтъ. Печень выходитъ на 1—2 пальца изъ подъ реберного края. Селезенка по перкуссіи слегка увеличена, и прощупывается неясно. Въ правой половинѣ живота внизу, надъ Пупартовой связкой, прощупывается болѣзненный инфильтратъ умѣренной плотности. Боль отдаетъ въ правую ягодицу и ногу. Аппетитъ очень плохой. Моча кислой реакціи, удѣл. вѣса 1,020, бѣлка не содержитъ. t° 37,6.

28/XII. t° утр. 38,0. Пульсъ 68. Больная жалуется на боль въ правой сторонѣ живота, гдѣ при ощупываніи замѣчается вблизи Пупартовой связки въ глубинѣ увеличенная резистенція и болѣзненность. Per vaginam: на тазовой стѣнкѣ справа прощупывается плотный узелъ. Стулъ былъ правильный. t° веч. 37,2.

29/XII. t° утр. 37,7. Пульсъ 76. Спала хорошо. Самочувствіе удовлетворительно. Напряженіе fossa iliaca dext. меньше, болѣзненность при давленіи вообще не велика. Боль въ правой ногѣ еще держится. Стулъ былъ. t° веч. 37,6.

30/XII. t° 37,6. Пульсъ 64. Боль и напряженіе въ правой подвздошной ямкѣ меньше. Языкъ обложенъ. Стулъ правильный. t° веч. 36,8. Въ дальнѣйшемъ теченіи t° оставалась нормальной, стулъ былъ ежедневный и нормальный, только изрѣдка слабило; общее состояніе и самочувствіе хорошія. Только опухоль въ подвздошно-слѣпой области весьма медленно уменьшалась и еще прощупывалась 24/I—при выпискѣ больной.

№ 6. *Анна Л.*, кресть., дѣв., 24 лѣтъ. Поступила въ больницу 9-го января 1891 года. Выписалась 21-го января.

Anamn. Заболѣла 8-го января вечеромъ: рвотой, поносомъ и болью въ животѣ. Прежде была совершенно здорова. Не рожала. Menses правильныя; скоро должны начаться.

St. praes. Больная хорошаго тѣлосложенія и питанія. Языкъ чистый. Границы сердца нормальны, тоны чисты. Въ легкихъ никакихъ измѣненій. Животъ значительно вздутъ, прощупать ничего не удается вслѣдствіе сильнаго сокращенія мышцъ. При давленіи животъ сильно болѣзненъ. t° веч. 38,9. Ord.: Opii puri 0,015 черезъ 3 часа; согрѣвающій компрессъ на животъ.

10/I. t° утр. 38,4. Вчера былъ стулъ. Животъ сильно болѣзненъ, особенно внизу. Прощупать что-либо сегодня не удается изъ-за сильнаго напряженія брюшныхъ стѣнокъ.

11/I. t° утр. 38,6. Пульсъ 100. Боли живота по прежнему, вздутіе же живота меньше. Зиботъ. Per vaginam: въ обоихъ сводахъ тѣстоватость, припухлость и болѣзненность. Двойное ислѣдованіе невозможно вслѣдствіе сильнаго напряженія брюшныхъ стѣнокъ. t° веч. 39,1.

12/I. t° утр. 36,8. Сегодня напряженіе брюшныхъ стѣнокъ гораздо меньше, такъ что ясно прощупывается въ fossa ileo-coecalis продолговатая опухоль, идущая косвенно снизу спутри—вверхъ и кнаружи, опухоль болѣзнена особенно внизу. Языкъ чистый. Былъ нормальный стулъ. Моча нейтральной реакціи, удѣл. вѣса 1,019, бѣлка. t° веч. 37.

13/I. t° утр. 36,9. Очень ясно прощупывается инфильтратъ по ходу colonis ascend., твердый. Болѣзненность меньше. Былъ нормальный стулъ, безъ боли. t° веч. 36,8.

14/I. t° утр. 36,7. Боль живота только при давленіи на опухоль въ правой подвздошной ямкѣ. Стулъ былъ нормальный. t° веч. 37,8°.

Въ дальнѣйшемъ теченіи общее состояніе быстро улучшилось, также и мѣстныя явленія стихли, болѣзненность осталась незначительной, но опухоль разсасывалась медленно и ее, хотя и значительно уменьшившуюся, можно было еще прощупать при выпискѣ больной 21/I.

№ 7. См. выше.

№ 8. *Марія Гол.*, кр., дѣв., 34 лѣтъ, поступила въ больницу 31-го іюля 1891 г., *умерла* 5-го августа.

Anamn. Заболѣла 28-го іюля болями въ животѣ, рвотой и поносомъ. Menses на 14-мъ году, черезъ 3 нед. по 4 дня. Послѣдніи кончились 24-го іюля и продолжались 3 дни. Не рожала и не выкидывала.

St. praes. Больная слаба, пульсъ малый. Животъ вздутъ и болѣзненъ, особенно справа, гдѣ перкуссія даетъ притупленный тонъ. Сердце и легкіи не представляютъ уклоненій. При изслѣдованіи per vaginam въ задиемъ и боковыхъ сводахъ опредѣляется припухлость; двойное изслѣдованіе невозможно вслѣдствіе сильной болѣзненности. Отдѣленія гнойныя. Рвота. t° веч. 37,6. Ord.: T— rae cannabis ind. 3 раза по 12 кап. Лежъ на животѣ.

1/VIII. t° утр. 37,4. Пульсъ 120—130, нитевидный. Языкъ сухой. Больная все время стонетъ изъ-за болей живота. Рвота продолжается. Вздутіе живота увѣренное, сильная болѣзненность, особенно справа, гдѣ попрежнему получается притупленіе перкуторнаго тона. Стула не было. t° 38,6.

2/VIII. t° утр. 38,4. Пульсъ 112, немного полнѣе и тверже. Рвота рѣже. Животъ болѣе вздутъ и болѣзненъ, чѣмъ наканунѣ. Стула не было. Больная слаба. Конечности холодны. t° веч. 38,5. Пульсъ 124.

3/VIII. t° утр. 38,2. Пульсъ 107, малый. Больная слаба. Животъ вздутъ и болѣзненъ. Стула не было. Мочеиспусканіе задержано (катетеризація). t° веч. 38,6.

4/VIII. t° утр. 37,6. Пульсъ 92, полнѣе и тверже. Языкъ обложенъ и очень сухъ. Ночью 2 раза была рвота. Стула не было. Мочиться сама больная не можетъ. Вздутіе и болѣзненность живота меньше. t° веч. 37,5.

5/VIII. t° утр. 37,3. Пульсъ 108, малый. Языкъ сухой и обложенный. Наканунѣ вечеромъ былъ стулъ. Вздутіе и болѣзненность живота по прежнему. 2 раза была рвота. Мочилась сама. t° веч. 37,5. Пульсъ 132, малый. Больная слаба. Въ 10 ч. веч. exitus.

6/VIII. Вскрытіе.

Diagn. anat. Hyperaemia piae et cerebri. Hyperaemia pulmonum. Tumor lienis acutus. Infiltratio adiposa et degeneratio parenchymatosa hepatis. *Appendicitis ulcerosa et calculosa cum perforatione. Peritonitis acuta purulenta perforativa.*

№ 9. *Авдотья Гр.*, кресть., вдова 54 лѣтъ. Поступила въ больницу 29-го сентября 1891 года, выписалась 25-го ноября.

Anamn. Заболѣла 24-го сентября знобомъ, жаромъ, болью въ правой подвздошной области, тошнотой и поносомъ.

St. praes. Больная хорошаго тѣлосложенія и питанія; языкъ сухой. Сердце въ нормальныхъ границахъ; на верхушкѣ выслушивается систолическій не сильный шумъ. Легкія безъ измѣненій. Животъ немного вздутъ. Печень выходитъ на

1—2 пальца изъ за края реберъ. Селезенка увеличена, но не прощупывается. Въ правой подвздошной впадинѣ прощупывается колбасовидная опухоль, идущая сверху снаружи книзу кнутри. Вся правая половина живота болѣзнена. Стула не было 2-й день. t° 39,3. Ord.: Opii p. 0,015 № 3. Лежъ на животѣ.

1/X. t° утр. 38,0. Пульсъ 86. Дых. 20. Животъ вздутъ нѣсколько больше, но болѣзненность правой подвздошной области меньше; опухоль прощупывается по прежнему. Языкъ сухой, обложенъ. t° веч. 36,7.

2/X. t° утр. 38,0. Пульсъ 82. Дых. 20. Спала плохо. Болѣзненность живота такая же. Стула не было. Моча кисл. вѣса 1,024, кислой реакціи со слѣдами бѣлка. t° веч. 38,5.

3/X. t° утр. 38,1. Пульсъ 80. Дых. 28. Животъ вздутъ, болѣзненъ. Языкъ обложенъ, сухой. Стула не было. t° веч. 38,4.

4/X. t° утр. 37,5. Пульсъ 80. Стула не было, и въ остальномъ st. idem. t° веч. 38,8.

5/X. t° утр. 37,3. Пульсъ 80. Дых. 28. Былъ нормальный стулъ. Языкъ чище, влажный. Болѣзненность живота меньше. t° веч. 37,0.

6/X. t° утр. 37,1. Пульсъ 76. Дых. 28. Спала хорошо. Стула не было. Языкъ чистый. Опухоль въ томъ же видѣ. t° веч. 37,2.

7/X. t° утр. 36,8. Пульсъ 72. Былъ небольшой нормальный стулъ. Спала плохо. Опухоль нѣсколько уменьшилась и менѣе чувствительна. t° веч. 37,1. Въ дальнѣйшемъ теченіи процессъ принялъ хронической характеръ: всѣ мѣстныя явленія потеряли острый характеръ, болѣзненность, хотя и держалась все время, но была незначительной; опухоль же уменьшалась весьма медленно и при выпискѣ 24/XI—можно было констатировать ея слѣды. Болѣнь слишкомъ затянула съ осложненіями: такъ 15/X присоединилась инфильтрація съ t° 39,7. 30/X довольно сильный поносъ. 10/XI опять инфлюенца и 19/XI—опять возобновился поносъ.

№ 10. *Анна Фом.*, 13 лѣтъ. Поступила въ больницу 15-го апрѣля 1892 г. *Умерла* 2-го мая.

Anamn. Съ 6-го апрѣля началъ болѣть животъ, но не особенно сильно и нерѣдка рвота. 11-го апрѣля боли живота обострились, рвота участилась. Все время болѣзни небольшой запоръ. Раньше хворала, но назвать своихъ болѣзней не можетъ. Отецъ умеръ, вѣроятно, отъ чахотки, мать и двѣ сестры живы.

St. praes. Дѣвочка худая и блѣдная. Языкъ обложенъ бѣловато-сѣрымъ налетомъ. Конечности холодны на ощупь, руки къ тому же ціанотичны. Пульсъ слабый. Тоячекъ сердца разлитой: ощущается во II, III, IV и V промежуткахъ. Границы сердца нормальны, тоны чисты, *второй на art. pulmonalis съ акцентомъ*. Животъ значительно вздутъ, напряженъ и очень болѣзненъ на ощупь. Прощупать что либо не удается. Болѣзненность особенно сильна внизу живота съ обѣихъ сторонъ (эксудатъ). При изслѣдованіи per rectum въ Дугласов омъ пространствѣ прощупывается также эксудатъ. Въ легкихъ лѣвая верхушка при

туплена, дыханіе въ ней жестче, чѣмъ въ правой. Справа сзади надъ угломъ лопатки притупленіе тона и ослабленное дыханіе. Хриповъ нѣтъ. Лимфатическія железы на шеѣ слегка увеличены. Стулъ былъ ночью. Сегодня утромъ была рвота. Пульсъ 124. Дых. 36—40. t° веч. 36,7. Ord.: Opii puri 0,01 № 3. Inject. camph. черезъ 2 часа. Ледъ на животъ.

16/IV. t° утр. 37,0. Пульсъ 112, слабый. Дых. 28. Спала плохо. Боль въ животѣ меньше. Кашля нѣтъ вовсе. Стула не было. Мочилась сама. Животъ вздутъ, на ощупь болѣзненъ. Область притупленія въ нижней части живота не мѣняется съ перемѣной положенія. Конечности холодны. Аппетитъ есть. t° веч. 37,4.

17/IV. t° утр. 36,6. Пульсъ 104 удовлетворительный. Спала хорошо. Послѣ клизмы не просвѣтло. Боль и вздутіе живота меньше. Языкъ обложенъ. Утромъ была рвота. Моча удѣл. вѣса 1,010, слабо-кислой реакціи, безъ бѣлка и сахара. t° веч. 37,1.

18/IV. t° утр. 36,5. Пульсъ 112. Дых. 24. Языкъ обложенъ. Стула послѣ клизмы не было. Боль, вздутіе и притупленіе живота по прежнему. t° веч. 37,0.

19/IV. t° утр. 37,7. Пульсъ 112. Дых. 28. Спала плохо изъ за болей живота. Стула не было. Кашля нѣтъ. Вздутіе живота увеличилось. Притупленіе въ видѣ полосы начала въ два дюйма надъ лобкомъ и надъ обѣими Пупартовыми связками. Рвота. Конечности холодныя. t° веч. 37,3.

20/IV. t° утр. 37,2. Пульсъ 108. Дых. 36. Вздутіе живота увеличивается, но болѣзненность не рѣзкая. Былъ стулъ въ очень небольшомъ количествѣ. Рвоты не было. Притупленіе живота внизу in statu quo. t° веч. 37,8.

21/IV. t° утр. 37,6. Пульсъ 120. Дых. 48. Вздутіе живота больше. Полоса тупого тона внизу живота немного увеличилась. Рвота бываетъ нерѣдка. Было небольшое количество жидкихъ испраженій, послѣ чего вздутіе и тупой тонъ немного уменьшились. t° веч. 36,8.

22/IV. t° утр. 36,7. Пульсъ 116. Дых. 36. Вздутіе и притупленіе живота безъ перемѣны. Самочувствіе больной лучше. t° веч. 37,3.

23/IV. t° утр. 37,3. Пульсъ 116. Дых. 36. Спала худо. Послѣ клизмы слабило разъ 5, жидко, понемногу. Языкъ чистъ. Тошнило, но рвоты не было. Вздутіе живота больше. Притупленіе живота внизу слѣва больше и рѣзче, а также сильнѣе резистенція и болѣзненность, чѣмъ справа. Экссудатъ въ брюшной полости отчасти подвиженъ—тонъ мѣняется при перемѣнѣ положенія. Появился небольшой кашель. Въ лѣвой верхушкѣ выдохъ и жесткое дыханіе, въ правой подъ ключицей немного влажныхъ хриповъ. t° веч. 37,6.

24/IV. t° утр. 36,8. Пульсъ 124. Дых. 32. Спала худо, жалуется на боль въ лѣвой сторонѣ живота. Ночью и утромъ было нѣсколько жидкихъ испраженій. Вздутіе живота немного меньше, животъ мягче, притупленіе внизу осталось съ обѣихъ сторонъ, болѣзненность велика, особенно слѣва. t° веч. 37,9.

25/IV. t° утр. 37,4. Пульсъ 124. Дых. 36. Спала очень худо изъ за болей живота. Стулъ былъ 4 раза жидко и понемногу. Вздутіе и притупленіе живота по прежнему. t° веч. 37.8.

26/IV. t° утр. 37,6. Пульсъ 132. Дых. 40. Языкъ чистъ. Аппетитъ плохой. Стула не было, но есть позывы на низъ. Боль въ животѣ сильнѣе. Вздутіе больше, но болѣзненность внизу меньше. Больная замѣтно худѣетъ. t° веч. 37.7.

27/IV. t° утр. 37,2. Пульсъ 150 слабый. Дых. 32. Спала худо. Стулъ былъ 3 раза, не очень жидко. Рвоты не было. Вздутіе живота меньше. Область притупленнаго тона и увеличенная резистенція внизу живота слѣва стала больше; флюктуаціи нѣтъ. Кашель продолжается. Мокрота гнойная въ небольшомъ количествѣ. t° веч. 37,5.

28/IV. t° утр. 37,6. Пульсъ 148 слабый. Дых. 36. Вечеромъ и ночью нѣсколько разъ была рвота. Нѣсколько разъ былъ жидкій стулъ. Вздутіе живота гораздо меньше. Притупленіе тона внизу живота исчезло. Болѣзненность также значительно меньше. Больная слабѣетъ. t° веч. 37,6.

29/IV. t° утр. 37,2. Пульсъ 148 слабый. Дых. 48. Больная чувствуетъ себя хуже; жалуется на трудность дыханія. Одышка, дѣйствительно, рѣзко усилилась. Больная похудѣла и сильно осунулась. Рвота и тошнота. Стулъ жидкій, 3 раза. Вздутіе живота меньше. Кашель усилился. Въ легкихъ кромѣ сухихъ хриповъ спереди и жесткаго дыханія—вся правая сторона сзади отъ spina scapulae притуплена, бронхіальное дыханіе и крепитація. t° веч. 37,9. Назнач. тѣ же и кислородъ для дыханія.

30/IV. t° утр. 37,5. Пульсъ 140, малый. Дых. 44. Спала худо. Рвало. Былъ 2 раза стулъ подъ себя. По временамъ приступы сильной одышки. Ціанозъ губъ. Вздутіе живота меньше. Мокроты нѣтъ. t° веч. 38,8.

1/V. t° утр. 37,3. Пульсъ 136. Дых. 44. Спала очень плохо. Былъ озноѣ. Сильный кашель, но мокрота трудно откашливается. Рвота. Стула не было. Языкъ чистый. Въ легкихъ справа по l. axillaris крепитація. t° веч. 37,6.

2/V t° утр. 38,1. Больная безъ пульса. Очень сильная одышка. Бредъ. Зрачки расширены. Въ 11¼ ч. утра *exitus*.

3/V. Вскрытіе.

Diagn. anat. Hypergaemia piae et cerebri. Degeneratio parenchymat. musc. cordis. *Pneumonia catarrh. acuta disseminat. pulm. utriusque.* Hyperplasia acuta lienis. Degener. parenchymatosa hepatis et renum. Enterocolitis chronica. *Appendicitis ulcerosa calculosa cum perforatione. Peritonitis chronica adhaesiva disseminata et acuta purulenta perforativa.*

Около червеобразнаго отростка и слѣпой кишки находится ограниченная полость, содержащая творожистый гной. Въ брюшной полости находится гной, склѣпанный съ кишками массами. Въ червеобразномъ отросткѣ прободеніе, черезъ которое происходитъ свободное сообщеніе его просвѣта съ брюшною полостью.

№ 11. *Авдотья Код.*, кр. дѣв., 20 лѣтъ. Поступила въ больницу 9-го мая 1892 года; выписалась 13-го іюня.

Anamn. Захворала 8-го мая въ 10 ч. вечера сразу: появились жаръ, ознобъ, сильная боль по всему животу, тошнота. Не рожала и не выкидывала. Menstrua съ 17 лѣтъ, черезъ 4 недѣли по 4—5 дней, правильныя, безболѣзненныя и необильныя. Послѣдняя мѣсячная кончились 7-го мая, продолжались 4 дня, были безъ боли и пришли въ срокъ.

St. praes. Весь животъ весьма болѣзненъ, даже легкая перкуссія вызываетъ боли. При перкуссіи живота получается легкое притупленіе тона въ лѣвой подвздошной области, область же coeci тимпанична. *Per vaginam*: Матка in anteflexione, подвижна; своды пусты, экссудатовъ нѣтъ. Только въ правомъ сводѣ опредѣляется нѣкоторая тѣстоватость и болѣзненность здѣсь сильнѣе. При болѣе глубокомъ изслѣдованіи обнаруживается напряженіе и болѣзненность также и въ заднемъ сводѣ. Сегодня былъ необильный стулъ и рвота зеленью. Ord.: Opii 0,015 № 3. Вирыск. морфія на ночь и ледъ на животъ. t° утр. 38,5. t° веч. 37,8. Пульсъ 106.

10/v. t° утр. 37,3. Пульсъ 84. Мочилась сама, съ небольшою болью. Стула не было. Общее состояніе недурно. Языкъ обложенъ бѣлымъ налетомъ. Аппетита нѣтъ. Въ легкихъ и сердцѣ ничего особеннаго. Печень и селезенку прощупать не удается вслѣдствіе болѣзненности и напряженія мышцъ. Животъ менѣе вздутъ и при ощупываніи менѣе болѣзненъ. Перкуссія вездѣ даетъ тимпаническій тонъ, даже и слѣва, гдѣ вчера было притупленіе. Снова показались крови. *Per vaginam*—тѣстоватость праваго свода ясибе. t° веч. 37,3. Пульсъ 88.

11/v. t° утр. 37,0. Пульсъ 72, хорошій. Сегодня рвало зеленью; стула не было; вѣтры не отходятъ, боли живота продолжаются. Животъ менѣе вздутъ, болѣзненность при ощупываніи такая же, вездѣ тимпаниченъ. Въ правомъ подреберьѣ прощупывается нѣкоторое напряженіе. Отдѣленія кровянистыя, въ небольшомъ количествѣ.

Въ дальнѣйшемъ теченіе приняло хронический характеръ. Боли сосредоточились въ области слѣпой кишки, гдѣ прощупывалась опухоль съ неясными контурами, t° оставалась нормальной. Стулъ былъ задержанъ и вызывался клизмами; иногда высокими. Послѣднія, вѣроятно, вызывали время отъ времени обострение какъ мѣстныхъ признаковъ, такъ и общихъ. Въ теченіе болѣзни было также обострение геморроидальнаго процесса. Только 12/vi больная выписалась, какъ вполнѣ оправившаяся.

№ 12. *Аптеля Мур.*, мѣщ., 14 лѣтъ. Поступила въ больницу 16-го сентября 1894 г. Выписалась 10-го окт.

Anamn. 15-го числа появилась боль въ правой половинѣ живота. Лежала въ Обуховской больницѣ въ іюнѣ съ перитифлитомъ 3 недѣли. Выписалась здоровой. Съ тѣхъ поръ чувствовала себя вполнѣ хорошо до настоящаго заболѣванія. Ни какихъ погрѣшностей въ діэтѣ не было, хотя больная ѣла всякую пищу. Менструаціи правильныя, послѣдній разъ на прошлой недѣлѣ.

St. praes. Больная соотвѣтствующаго роста, правильнаго тѣлосложенія и умѣреннаго питанія. Языкъ обложенъ. Границы сердца нормальны, сердечные тоны чисты. Легкіи свободны, печень не увеличена, селезенка же немного увеличена и прощупывается. Животъ вздутъ, болѣзненъ; книзу отъ пупочной линіи какъ справа, такъ и слѣва притупленный тонъ и ощущеніе резистентности. Стула не было 2-й день. Мочи 1800 куб. с., нейтральной реакціи, уд. вѣса 1,009, бѣлка и сахара не содержитъ, *индикан* въ небольшомъ количествѣ. t° веч. 38,8. Ord. Opii 0,015 № 6. Ледъ на животъ.

17/іх. t° утр. 38,8. Пульсъ 128. Дых. 36. Спала не особенно хорошо изъ за болей головы. Животъ при деркании льда безпокоилъ мало. Стула не было. t° вес. 39,2.

18/іх. t° утр. 38,1. Пульсъ 112. Спала удовлетворительно, притупленіе и уплотненіе въ правой подвздошной области по прежнему. Стула не было. t° вес. 39,2.

19/іх. t° утр. 36,9. Пульсъ 100. Послѣ клизмы вчера хорошо прослабило. Спала хорошо. Чувствительность при давленіи въ fossa iliaca dext. небольшая и при томъ на ограниченномъ мѣстѣ въ наружномъ углу, тамъ же только притупленіе тона и увеличенная резистентность. При лежаніи и вставаніи больная не чувствуетъ совсѣмъ болей. Въ испражненіяхъ ни гноя, ни ничекъ глисть не найдено. t° веч. 37,8.

20/іх. t° утр. 38,0. Пульсъ 112. Спала хорошо. Болѣзненности при давленіи совершенно нѣтъ. Резистентность и притупленіе тона не рѣзко выражены. t° вес. 38,4.

21/іх. t° утр. 38,3. Пульсъ 112. Вчера днемъ и ночью былъ произвольный стулъ, нормальной консистенціи, въ небольшомъ количествѣ. Самочувствіе хорошее. Притупленіе тона и резистенціи въ области слѣпой кишки безъ перемѣны, болѣзненности нѣтъ. Вздутіе живота уменьшилось. t° вечер. 38,5.

22/іх. t° утр. 38,1. Пульсъ 108. Былъ 2 раза произвольный стулъ, 1-ый разъ жидковатый, 2-ой нормальной консистенціи. *Гноймых тѣлецъ* въ испражненіяхъ не найдено. Вздутіе живота еще уменьшилось. t° вечер. 38,3.

23/іх. t° утр. 37,5. Пульсъ 92. Былъ произвольный стулъ средней консистенціи. Объективно безъ перемѣнъ. При давленіи на пораженное мѣсто нѣкоторая чувствительность, отдающаяся въ область желудка. t° вечер. 38,1.

24/іх t° утр. 37,2. Пульсъ 92. 2 раза былъ произвольный жидкій стулъ. Объективно тоже. t° вес. 38,0.

25/іх. t° утр. 37,5. Пульсъ 92. Былъ произвольный жидкій стулъ 3 раза. Самочувствіе хорошее. t° веч. 38,5.

26/іх. t° утр. 17,6. Пульсъ 96. Былъ 3 раза жидкій стулъ. Объективно то же. t° вечер. 37,8.

Въ остальномъ теченіи t° опустилась до нормы. Поносы скѣнились нормаль-

мымъ стуломъ. Общее состояніе и самочувствіе хорошія. Опухоль быстро уменьшалась, хотя въ небольшихъ размѣрахъ еще прощупывалась при выпискѣ 10/х.

№ 13. *Шелаева Зор.* Крест., 38 лѣтъ. Въ больницу поступила 9-го октября 1892 г., выписалась 30-го октября.

Anamn. Около 6 дней до поступленія въ больницу больная замѣтила увеличенныя лимфатическія железы въ правомъ паху, а за 4 дня до поступленія появились боли въ правой половинѣ живота. Рвоты не было. Стулъ правильный. Рожала 4 раза, каждый разъ благополучно, послѣдніе роды были 12 лѣтъ тому назадъ. Мѣсячныя правильно черезъ 4 недѣли по 4 дня; послѣднія мѣсячныя окончились 2-го октября.

St. praes. Больная средняго роста и питанія. Сердце и легкіи нормальны. Печень выдается изъ подъ реберной края на 1—1½ пальца. Селезенка не увеличена. Въ правой половинѣ живота надъ Пупартовой связкой уже при наружномъ осмотрѣ замѣчается выпячиваніе, а при ощупываніи въ этой области обнаруживается плотная, болѣзненная на ощупь опухоль величиною съ гусиное яйцо, причемъ длинникъ ея идетъ по направленію Пупартовой связки и опухоль лежитъ непосредственно надъ нею.

Per vaginam: своды свободны, матка не вполнѣ подвижна, endometritis. Опухоль черезъ своды не прощупывается. Послѣдній стулъ былъ сегодня въ 6 ч. утра, полужидкій. Пульсъ правильный 80. t° веч. 38,0. Ord.: Opii puri 0,015, № 3. Ледъ на животъ.

10/х. t° утр. 36,1. Пульсъ 76. Больная жалуется на головную боль. Опухоль справа менѣе чувствительна и какъ будто бы нѣсколько уменьшилась. Стулъ былъ кашицеобразный, 1 разъ. t° веч. 36,1. Opii отмѣнить. Emuls. oleos. черезъ 2 ч.

11/х. t° утр. 35,7. Пульсъ 76. Стулъ былъ 2 раза. Опухоль безъ измѣненія. Моча безъ бѣлка и форменныхъ элементовъ. t° веч. 35,0.

12/х. t° утр. 36,4. Пульсъ 80. Опухоль поперечному ясно прощупывается, но кажется меньшей величины, чѣмъ раньше. Животъ совершенно не вздутъ. Стулъ былъ 1 разъ въ небольшомъ количествѣ, нормально сформированный t° веч. 36,3.

13/х. t° утр. 36,6. Пульсъ 68. Боли въ животѣ нѣтъ. Опухоль безъ измѣненій. Стула не было. t° веч. 36,5. Назначенія тѣ же.

Въ послѣдующіе дни опухоль постепенно стала уменьшаться, болѣзненность же ея исчезла очень скоро, t° все время нормальная. Стулъ время отъ времени вызывался клизмами. Подъ конецъ присоединились ревматическія боли въ правомъ плечѣ, скоро исчезнувшія.

30/х. Больная выписалась, какъ вполнѣ оправившаяся, безъ слѣдовъ опухоли въ подвздошно-слѣпой области.

№ 14. *Александра Петр.* Солд. дочь, 12-ти лѣтъ. Поступила въ больницу 14-го ноября 1892 г. Выписалась 15-го декабря.

Anamn. Заболѣла 11-го ноября утромъ: появился ознобъ, жаръ, головная

боль, бредъ, ломота въ ногахъ, рѣзь по всему животу и рвота (11-го и 12-го ноября); стулъ былъ нормальный. Съ этого же времени появился сухой кашель. Раньше была здорова. Больная приписываетъ свою болѣзнь простудѣ. Не менструируетъ.

St. praes. Больная средняго тѣлосложенія и питанія; языкъ сухой, обложенъ. Сердце вправо заходитъ за правый край грудной кости на 1 поперечный палецъ; сердечный толчекъ въ IV и V промежуткѣ по l. mammillaris; тоны сердечные чисты. Перкуторный тонъ легкихъ ясный, хриповъ не слышно. Животъ вздутъ, при пальпаціи всюду болѣзненъ; напряженіе брюшныхъ стѣнокъ нѣсколько болѣе слѣва; притупленіе перкуторнаго тона на боковыхъ частяхъ живота. *Per rectum* ничего ненормальнаго не найдено. Небольшая краснота глазъ. Насморка нѣтъ.

14/хі. t° веч. 39,4. Пульсъ 132.

15/хі. t° утр. 38,1 Пульсъ 112—120. Дыханіе 32. t° веч. 39,6. Ord.: Opii puri 0,01, № 4. Вино. Chinin. 0,5, № 1. Ледъ на животъ.

16/хі. t° утр. 37,2. Пульсъ 84. Дыханіе 32. Спала хорошо. Языкъ обложенъ, влажный. Вздутіе живота меньше, болѣзненность въ правой половинѣ, гдѣ перкуторный тонъ притупленъ. Стула не было. Мочи 950 куб. с., уд. вѣсъ 1,017, реакція кислая, бѣлка нѣтъ. t° веч. 38,2.

17/хі. t° утр. 37,6. Пульсъ 86. Дыханіе 28. Стула не было; языкъ нѣсколько чище. Животъ немного вздутъ, болѣзненность въ правой половинѣ, откуда продолжается на поясничную область. Притупленіе боковыхъ частей все еще держится. t° веч. 37,7.

18/хі. t° утр. 37,4. Пульсъ 84. Дыханіе 30. Спала хорошо. Языкъ обложенъ, но влажный. Стула не было. Правая половина живота по прежнему болѣе выдается, чѣмъ лѣвая, при пальпаціи—значительно повышенная резистенція и значительная чувствительность. t° веч. 37,2.

19/хі. t° утр. 37,2. Пульсъ 84. Дыханіе 24. Вздутіе правой половины живота нѣсколько меньше, болѣзненность какъ правой половины живота, такъ и правой поясничной области, по прежнему. Языкъ чище, влажный. Стула не было. Незначительный капель. t° веч. 38,1.

20/хі. t° утр. 37,3. Пульсъ 88. Дыханіе 24. Напряженіе правой половины живота выражено очень рѣзко, чувствительность какъ раньше, снизу перкуторный тонъ ясный. Языкъ очищается. Ни тошноты, ни рвоты нѣтъ. Правая поясничная область болѣзнена. Стулъ былъ, испражненія сформированы нормально. t° веч. 37,4.

21/хі. t° утр. 37,2. Пульсъ 88. Дыханіе 24. Животъ нѣсколько втянутъ, чувствительность правой половины по прежнему. Притупленіе перкуторнаго тона справа снизу проясняется. Стула не было. t° веч. 37,5.

22/хі. t° утр. 37,3. Пульсъ 80. Былъ полужидкій стулъ 3 раза. Вздутіе и болѣзненность правой половины живота по прежнему. t° веч. 38,7.

23/xi. t° утр. 37,8. Пульсъ 84. Былъ жидкій стулъ 1 разъ. Вздутіе живота нѣсколько больше. Напряженіе рѣзче выражено въ верхнихъ частяхъ. t° веч. 38,4.

24/xi. t° утр. 38,3 Пульсъ 96. Дыханіе 28. Выпячиваніе живота замѣчается въ его верхней правой части, причемъ выпячиваніе продолжается и влѣво по подложечной области. Снизу справа притупленіе и болѣзненность значительно уменьшилась, сбоку тупой тонъ. Языкъ очищается. Стулъ былъ 2 раза, 1 разъ жидкій и 2—полужидкій. t° веч. 38,8.

25/xi. t° утр. 38,0. Пульсъ 96. Дыханіе 30. Спала плохо вслѣдствіе схваткообразныхъ болей живота. Утромъ была рвота. Болѣзненность правой половины живота больше. Былъ жидкій стулъ. Языкъ обложенъ. t° веч. 37,4.

26/xi. t° утр. 36,7. Пульсъ 72. Дыханіе 28. Спала хорошо. Схваткообразныя боли, постепено стихая, совершенно прекратились къ 4 ч. дня. Вздутіе правой половины живота меньше, ощупываніе совершенно безболѣзненно, при перкуссіи получается тупотимпаническій тонъ. Языкъ чистый, влажный. 3 раза жидкій стулъ. Подъ микроскопомъ въ *испражненіяхъ* найдены *гнойные* шарики и одиночные красные. t° веч. 36,4.

Въ послѣдующіе дни пошло быстрое улучшеніе какъ общаго состоянія, такъ и мѣстныхъ признаковъ. Боли и болѣзненность живота стихли, напряженіе брюшныхъ стѣнокъ исчезло и подъ конецъ исчезла резистентность въ правой подвздошной ямкѣ. Стулъ также сталъ нормальный.

15/xii. Больная выписалась какъ вполнѣ оправившаяся.

№ 15. *Надежда Ст.*, крест., дѣв., 18 лѣтъ. Поступила въ больницу 6-го декабря 1892 г. Выписалась 5-го января 1893 года.

Anamn. Заболѣла 6-го декабря утромъ болью внизу живота; рвоты не было; послѣдній стулъ 5-го декабря.

St. praes. Больная хорошаго тѣлосложенія и питанія; языкъ немного обложенъ, влажный. Сердце въ нормальныхъ границахъ; сердечные тоны чисты. Легкія свободны. Печень изъ подъ края реберъ не выдается; селезенка немного увеличена, не прощупывается. При пальпаціи живота замѣчается нѣкоторое напряженіе и болѣзненность въ reg. ileo-coecalis. Не мочится.

7/xii. t° утр. 38,5. Пульсъ 120. Ord.: Opii 0,015 № 4. t° веч. 38,7. Ледъ на животъ справа.

8/xii. t° утр. 38,3. Пульсъ 104. Дых. 40. Вздутіе живота больше; правая половина напряжена, при перкуссіи притуплена и болѣзнена. Не рвало. Стула не было. Сама не можетъ мочиться. t° веч. 38,1.

9/xii. t° утр. 38,3. Пульсъ 84. Дых. 28. Вздутіе живота по прежнему; боль въ правой подвздошной области меньше; здѣсь прощупывается колбасовидная опухоль. Стула не было. t° веч. 38,1°.

10/xii. t° утр. 38,3. Пульсъ 84. Стула не было. Явленія со стороны reg. ileo-coecalis тѣ же. Мочиться сама еще не можетъ. Мочи 800 куб. снтм., удѣл. вѣса

1,024, кислой реакціи, безъ бѣлка, сахара и форменныхъ элементовъ, t° вечеромъ 38,4.

11/xii. t° утр. 38,4. Пульсъ 100. Дых. 24. Спала хорошо. Языкъ обложенъ, влажный. Животъ вздутъ нѣсколько меньше, болѣзненность въ области слѣпой кишки также меньше. t° веч. 38,7.

12/xii. t° утр. 38,4. Пульсъ 96. Дых. 28. Въ области слѣпой кишки ясно прощупывается колбасовидная опухоль, болѣзненная при пальпаціи. Вздутіе живота вообще меньше. Языкъ обложенъ, влажный. Стула не было. t° веч. 38,5.

13/xii. t° утр. 38,4. Пульсъ 96. Дых. 28. Со стороны опухоли то же. Стула не было. t° веч. 38,7.

14/xii. t° утр. 37,4. Стула не было. Со стороны живота тѣ же явленія. t° веч. 39,4. Переведена въ хирургическое отдѣленіе.

15/xii. t° утр. 37,6. Животъ не вздутъ, онъ ассимметриченъ въ небольшой степени; правая половина внизу больше выдается, чѣмъ соотвѣтствующая область на другой сторонѣ. При ощупываніи живота въ reg. hypogastrica dext. обнаруживается опухоль, занимающая почти всю fossa iliaca dext. и распространяющаяся кверху до уровня spina ilei ant. sup., и кнутри до срединной линіи. Опухоль эластическая, болѣзненная при давленіи и не дающая зыбленія; наружные покровы надъ нею не измѣнены, подвижны, сама же опухоль не смѣщается. Перкуторный тонъ надъ опухолью притупленно-тимпаническій, надъ центральной частью тупой. Въ остальныхъ частяхъ животъ безболѣзненъ. Больная еще не можетъ сама мочиться. Стула не было. Самочувствіе больной хорошее. t° веч. 39,0. Ord.: опій и ледъ по прежнему, clysma.

16/xii. t° утр. 38,4. Послѣ клизмы хорошо прослабило. Животъ совершенно мягкій, впалый и безболѣзненный. Уже на глазъ видна черезъ брюшныя стѣнки опухоль въ правой подвздошной области, ясно очерчиваемая рукою, она не больше чѣмъ была вчера, но контуры ея много яснѣе. Общее состояніе удовлетворительно. t° веч. 39,1.

17/xii. t° утр. 37,8. Опухоль нѣсколько меньше, совсѣмъ неболѣзнена. Больная чувствуетъ себя хорошо. t° веч. 38,8.

18/xii. t° утр. 37,3. Опухоль уменьшается. Общее состояніе хорошее. t° веч. 37,5. Опій отмѣненъ.

19/xii. t° утр. 37,0. Опухоль продолжаетъ уменьшаться. t° веч. 37,7.

20/xii. t° веч. 36,8. Никакихъ перемѣнъ. t° веч. 37,6. Ледъ отмѣненъ.

21/xii. t° утр. 36,7. Опухоль уменьшилась до величины небольшого яблока. Общее состояніе вполнѣ хорошее. t° веч. 37,3. Ванны черезъ день.

22/xii. t° утр. 36,8. Опухоль быстро уменьшается. t° веч. 36,9.

Отъ 23/xii до 26/xii t° нормальная.

27/xii. t° утр. 36,4. Опухоль уменьшилась до величины грецкаго орѣха, слегка болѣзнена при давленіи. t° веч. 37,3.

Отъ 28/хп до 4/I t° нормальная.

5/I 93. t° утр. 36,7. Опухоль въ области слѣпой кишки почти всосалась; болей нѣтъ. Испражненія правильныя. Здорова. Выписана.

№ 16. *Наталья Ив.*, кр. дѣв., 16 лѣтъ. Поступила въ больницу 10 января 1893 г. Выписалась 17-го января.

Anamn. Заболѣла 7-го января: появилась рвота и животъ и рвота. 10-го января сильно знобило. Регулъ еще не было. 4 дня не слабило.

St. praes. Въ легкихъ справа сзади вблизи l. axill. poster. констатируется жесткое дыханіе и незначительное притупленіе. Тоны сердца чисты. Весь животъ, а особенно въ области слѣпой кишки чрезвычайно болѣзненъ, такъ что черезъ брюшныя стѣнки ничего не удается прощупать. Селезенка и печень повидимому нѣсколько увеличены. Языкъ обложенъ. Сильная болѣзненность икръ. Пульсъ 108. Дыханіе 30—поверхностное. t° утр. 38,6. Ord.: Opii 0,01 № 4. Ледъ на животъ. t° веч. 38,5.

12/I. t° утр. 38,0. Пульсъ 108. Послѣ повторной клизмы два раза прослабило. Болѣзненность живота сосредоточивается по преимуществу въ области слѣпой кишки, гдѣ констатируется повышенная резистентность. Въ легкихъ катарральные хрипы. Отдѣляется гнойно-слизистая мокрота. t° веч. 39,1.

13/I. t° утр. 37,6. Пульсъ 102. Стула не было. Область слѣпой кишки почти безболѣзненна, резистентна. Въ легкихъ справа жесткое дыханіе. t° веч. 38,0.

14/I. t° утр. 36,5. Боль въ области слѣпой кишки еще держится. Послѣ клизмы хорошо прослабило. t° веч. 37,3.

15/I. t° утр. 37,2. Стула не было. Боли въ reg. ileocoecalis исчезли t° веч. 36,8.

16/I. t° утр. 36,6. Больная чувствуетъ себя хорошо. Былъ нормальный произвольный стулъ. t° веч. 36,8.

17/I. утр. 36,8. Самочувствіе хорошее. Стулъ нормальный. Болей въ области слѣпой кишки нѣтъ. Кашля нѣтъ. Аппетитъ хорошій. Остальные органы нормальны. Выписана.

№ 176. *Пелагея Вас.* Крест. дѣв., 16 лѣтъ. Поступила въ больницу 15-го января 1893 года, умерла 20-го января.

Anamn. Заболѣла 12-го января болью всего живота, но затѣмъ боли немного стихли и локализировались главнымъ образомъ въ подвздошно-слѣпой области, хотя боли всего живота еще держались. Жаръ, ознобъ. Мочеиспусканіе съ болью. Запоръ. 14-го января больная приняла ol. ricini, послѣ котораго обильно прослабило. 14-го же утромъ была рвота. Menstrua носитъ только ½ года, по 3—4 дня черезъ 4 недѣли, правильно и безъ болей. Предпослѣднія мѣсячныя опоздали на 2 недѣли; послѣднія 28/хп—1/I.

St. praes. Животъ крайне напряженъ и очень болѣзненъ. Печень выступаетъ на 2 п. пальца изъ подъ края реберъ. Наибольшая болѣзненность въ области

слѣпой кишки, гдѣ перкуторный тонъ притупленъ, но прощупать ничего не удается. Per vaginam: virgo intacta. Слизистая introitus vaginae красновата, по бокамъ дѣвственной плевы въ складкахъ красота значительнѣе. Изъ Бартолиновыхъ железъ выдавливается слизистая жидкость. Изъ мочеиспускательнаго канала гной не выдавливается. Матка in anteflexione, подвижна, но движенія ея болѣзненны. Справа весь сводъ нѣсколько укорочень, тѣстоватъ и весьма болѣзненъ, неясно прощупывается инфильтратъ около матки въ области широкой связки. Стулъ былъ вчера. t° веч. 39,0. Пульсъ 128, малый. Ord.: Opii p. 0,015 № 3. Ледъ на животъ. Clysma.

16/I. t° утр. 38,0. Пульсъ 128. Языкъ обложенъ. Отрыжка. Послѣ клизмы вышла одна вода. Вѣтры не отходятъ. Животъ гораздо болѣе вздутъ и болѣзненъ. При постукиваніи вездѣ тимпаническій тонъ и только въ области слѣпой кишки слегка притупленный. Субъективныя боли меньше. Комбинированное изслѣдованіе вслѣдствіе болѣзненности почти невозможно. Движенія шейки впередъ крайне болѣзненны вслѣдствіе присутствія сзади тѣстоватаго, не имѣющаго ясныхъ границъ и болѣзненнаго экссудата. Съ правой стороны отъ матки опредѣляется болѣе плотная, колбасовидная опухоль, контуры которой вслѣдствіе напряженія брюшныхъ стѣнокъ опредѣляются не ясно. Эта опухоль идетъ книзу и кверху по направленію fossae iliacae. t° веч. 39,1. Пульсъ 128. Ord.: Opii 0,015 № 3. Camph. 0,1 № 4. Ледъ на животъ, высокая клизма.

17/I. t° утр. 38,1. Пульсъ 116. Послѣ клизмы былъ умѣренный стулъ, послѣ чего больная почувствовала облегченіе. Боли въ правой подвздошной области уменьшились, дышать стало легче. Отрыжка продолжается. Языкъ суховатъ, обложенъ. Общій видъ больной гораздо лучше. При перкуссіи тонъ въ правой подвздошноязвой области проясняется въ значительной степени, болѣзненность при пальпаціи также гораздо меньше, но прощупать все таки ничего не удается. Моча (выпущенная катетромъ) прозрачная, уд. вѣсъ 1,007, кислой реакціи, бѣлка нѣтъ. t° веч. 38,3. Пульсъ 104.

18/I. t° утр. 37,8. Пульсъ 108. Животъ болѣе вздутъ, но менѣе болѣзненъ, такъ что возможна даже глубокая пальпація, но прощупать въ правой подвздошной впадинѣ ничего не удается, кромѣ повышенной резистенціи. Появилась кровь въ порядочномъ количествѣ. Стула не было. t° веч. 38,5. Пульсъ 104. Ord.: Opii 0,015. № 3. Ледъ на животъ и высокая клизма.

19/I. t° утр. 37,9· Пульсъ 104. Слабило обильно. Животъ менѣе вздутъ, тимпаничевъ, притупленіе и болѣзненность въ области слѣпой кишки меньше. Самочувствіе лучше. Языкъ густо обложенъ. Вчера немного тошнило и знобило. t. веч. 38,7. Пульсъ 116.

20/I t° утр. 38,0. Пульсъ 144—очень слабый. Слабило разъ обильно. Сегодня была рвота. Животъ крайне болѣзненъ. Конечности холодны, ціанотичны. Зрачки

расширены. t° веч. 38,5. Вечеромъ еще была рвота. Пульсъ совершенно исчезъ съ 8 ч. 35 м. *Exitus.*

21/I Вскрытіе.

Diagn. anat. Degeneratio parench. musc. cordis. Oedema et hyperaemia pulmonum. Hyperplasia acuta lienis. Degener. parenchym. hepatis et renum. *Appendicitis ulcerosa cum perforatione. Peritonitis acuta purulenta universalis.*

№ 18. см. выше.

№ 19. см. выше.

№ 20. *Юзефа Коз.*, крест. дев., 23 лѣтъ. Поступила въ больницу 22-го іюля 1893 г., выписалась 27-го іюля.

Anamn. Глухонѣмая. Заболѣла, по словамъ провожатой, 2-й день рвотой, поносомъ и болью въ животѣ и въ поясницѣ. Кашлетъ давно. Menses въ порядкѣ.

St. praes. Больная хорошаго тѣлосложенія и питанія. Языкъ немного обложенъ. Животъ при пальпаціи болѣзненъ съ правой стороны. Печень и селезенка увеличены. Легкія и сердце нормальны. Слизистая зѣва красноватая. Насморка нѣтъ. Отдѣляется умѣренное количество гнойной мокроты; конъюнктивы красны. t° 22/VI веч. 37,8. t° 23/VI утр. 37,5. Пульсъ 96. t° веч. 38,0. Ord.: Opii p. 0,01 № 3. Ледъ на животъ.

24/VI. t° утр. 36,8. Пульсъ 76. Дыханіе 16. Животъ болитъ по прежнему; боль главнымъ образомъ въ области слѣпой кишки, гдѣ прощупывается небольшая, продолговатая опухоль, болѣзненная на ощупь; боль отдаетъ въ правую ногу. Стула не было. Не рвало. Вѣлка въ мочѣ нѣтъ. t° веч. 38,0.

25/VI. t° утр. 37,3. Пульсъ 92. Болей нѣтъ. Стула не было. Болѣзненность при ощупываніи гораздо меньше. Общее состояніе хорошее. t° веч. 37,3.

26/n. t° утр. 37,1. Пульсъ 84. Весьма незначительная боль въ правой сторонѣ живота. Самочувствіе хорошее. t° веч. 37,3.

27/VI. t° утр. 37,2. Ни на что не жалуется. Здорова. Выписана.

№ 21. *Варвара Матв.*, кр. вдова, 65 лѣтъ. Поступила въ больницу 19-го августа 1893 г., выписалась 12-го сентября.

Anamn. Заболѣла 2 недѣли тому назадъ колотьемъ въ правой лопаткѣ и въ правой половинѣ живота; апоба и поноса не было; небольшой кашель.

St. praes. Больная средняго тѣлосложенія, плохого питанія, кожа слегка иктерична, языкъ чистый, суховатый. Грудинная кость выстоитъ впереди. При перкуссіи легкихъ замѣчается небольшое притупленіе тона справа сзади внизу, сбоку и снизу спереди; верхушка сзади также притуплена. При выслушиваніи справа сзади сверху дыханіе жестковатое, спереди сверху усиленный выдохъ; въ нижнихъ и въ другихъ мѣстахъ попадаются субкрепитирующіе хрипы въ незначительномъколичествѣ. Сердце вправо заходитъ на 1 палецъ, толчекъ по l. mammill. въ 5-мъ межреберьѣ; тоны сердца очень глухи. При изслѣдованіи живота замѣчается увеличенная резистенція по всей правой половинѣ его: отъ края реберъ до пупу, кнутри, не доходя пальца на 3 до срединной линіи. Перкуссія надъ этой областью даетъ тупо-тимпаническій тонъ, проясняющійся ближе къ Пупартовой связкѣ. При ощупываніи обнаруживается сильная болѣзненность этой области, захватывающая также и лѣвую подвздошную область. Печень по l. alba выдается на 2 пальца, по l. mammillaris не опредѣляется, верхняя же граница ея по l. mammillaris— 6-ое ребро. Селезенка увеличена, но не прощупывается. Стулъ 1 разъ, жидкій. Мочи—250 куб. с., уд. вѣса 1,012, кислой реакціи, бѣлка не содержитъ, даетъ слабую реакцію на желчные пигменты.

t° 19/VII. веч. 38,2.

t° 20/VII. утр. 37,6. Пульсъ 96. Дых. 32. Ord.: Camphorae 0,1+Opii puri 0,01. № 6. Согрѣвающ. компрессъ.

21/VII. t° утр. 37,5. Пульсъ 84. Дых. 36. Спала очень плохо. Болѣзненность живота по прежнему. Стулъ былъ нормальный. Мочи 800 куб. с. t° веч. 38,4.

22/VII. t° утр. 36,5. Пульсъ 76. Дых. 32. Спала очень плохо. Болѣзненность и выпячиваніе правой половины живота значительно меньше; перкуторный тонъ здѣсь проясняется: резистенція также уменьшилась. Сзади, въ области правой почки, при перкуссіи рѣзкій высокій тимпаническій тонъ (какъ и вчера). Стула не было; вчера 1 разъ вырвало. Языкъ чистый. Въ легкихъ справа снизу тонъ ясный, хриповъ не слышно. Мочи 850 куб. сант., уд. вѣса 1,010, кислой реакціи, безъ бѣлка, даетъ слабую реакцію на индиканъ. Въ осадкѣ немного клѣтокъ. t° веч. 37,3.

23/VII. t° утр. 37,0. Пульсъ 76. Дых. 28. Спала очень плохо, но самочувствіе нѣсколько лучше. Резистенція опухоли нѣсколько болѣе чѣмъ вчера, болѣзненность же меньше. Лѣвая граница опухоли (по l. mammillaris) при ощупываніи даетъ впечатлѣніе края; правая граница по перкуссіи опредѣляется по l. axillaris ant.; опухоль въ нижней части довольно мягкая. Языкъ чистый, суховатый. Стулъ былъ 1 разъ, густой, нормально окрашенный. t° веч. 37,4.

24/VII. 37,0. Пульсъ 84. Спала удовлетворительно. Напряженіе и болѣзненность живота меньше, болѣзненность главнымъ образомъ въ области слѣпой кишки. Въ нижнихъ заднихъ частяхъ легкихъ немного хриповъ. Языкъ чистый. Стулъ былъ 1 разъ, нормальный.

Въ послѣдующее теченіе t° нормальная; боли и напряженіе живота день ото дня уменьшались. Стулъ нормальный, легочныя явленія также исчезли.

12/IX. больная выписалась, какъ вполнѣ оправившаяся.

№ 22 *Евдокія Куз.*, солд., 21 года. Поступила въ больницу 28-го октября 1893 г. Выписалась 13-го ноября.

Anamn. Заболѣла 25-го октября сильной болью подъ ложечкой. Около 3-хъ лѣтъ, какъ стала кашлять и отъ тѣхъ поръ сильно исхудала. 3 года тому назадъ,

по предварительной задержкѣ мѣсячныхъ, было сильное кровотеченіе (abortus?), продолжавшееся 28 дней. Дѣтей не было. Замужемъ 3-й годъ.

St. praes. Больная сильно исхудалая. Въ правой верхушкѣ легкаго выдохъ и небольшое притупленіе перкуторнаго звука. Печень увеличена. Весь животъ крайне болѣзненъ, особенно въ области селезенки, которая нѣсколько увеличена. Испражненія задержаны. Въ настоящее время мѣсячныя. Коховскихъ бациллъ въ мокротѣ не найдено.

28/x. t° веч. 38,8. Ord.: Opii 0,015. № 3. Согрѣвающій компрессъ.

29/x t° утр. 37,5. Пульсъ 84. t° веч. 38,0.

30/x. t° утр. 36,8. Боли въ животѣ меньше Мокроты мало. Стула не было. t° веч. 36,8.

31/x t° утр. 36,5. Въ лѣвомъ легкомъ мѣстами свистящіе хрипы. Въ reg. ileo-coecalis довольно сильная чувствительность. Печень немного увеличена. Аппетита нѣтъ. Регулы продолжаются t° веч. 36,8.

1/xi t. утр. 36,8. Пульсъ 84. Въ области слѣпой кишки прощупывается опухоль, чувствительная при давленіи. Въ остальныхъ частяхъ живота боль при пальпаціи значительно уменьшилась. Сегодня было и слабое кровотеченіе. Регулы продолжаются уже 8-й день. t° веч. 36,9.

2/xi. t° утр. 36,3. Пульсъ 78. Опухоль въ области слѣпой кишки ясно обозначилась, болѣзненна на ощупь. Запоръ. t. веч. 37,7.

3/xi. t° утр. 37,1. Боли продолжаются. Стула не было. t° веч. 37,7.

4/xi. t° утр. 37,2. Послѣ клизмы немного прослабило. Боли все еще держатся, но опухоль нѣсколько уменьшилась. t° веч. 37,3.

Въ дальнѣйшемъ теченіи t° нормальная. Стулъ задержанъ. Боли живота стихли. Опухоль уменьшалась съ каждымъ днемъ, но еще прощупывалась при выпискѣ больной 13/xi въ видѣ небольшого уплотненія.

№ 23. *Анна Ус.*, 19 лѣтъ. Поступила въ больницу 21-го января 1894 г., выписалась 12-го марта.

Anamn. Заболѣла недѣлю, тому назадъ болью въ въ правой сторонѣ живота. Погрѣшностей къ дѣтѣ не было. Не рожала. Менструаціи правильныя по 3 дня черезъ 4 недѣли. 2 раза уже страдала этой же болѣзнью: 1-ый разъ въ іюнѣ 1892 г. и 2-ой разъ въ маѣ 1893 г.; оба раза болѣзнь прошла безъ особеннаго леченія. Стулъ всегда былъ правильный.

St. praes. Больная небольшого роста, хорошаго питанія, нѣсколько блѣдна. Сердце и легкія нормальныя. Животъ болѣзненъ только въ области слѣпой кишки, гдѣ прощупывается болѣзненное на ощупь уплотненіе. Печень не увеличена. Селезенка увеличена, прощупывается и нѣсколько болѣзненна. t° 21/x. веч. 37,0.

22/x. t° утр. 36,7. Пульсъ 75. t° веч. 37,0. Ord.: Codeini 0,015 № 2. Ледъ на животъ.

23/x t° утр. 37,6. Пульсъ 75. Спала плохо. Аппетита нѣтъ. Задержка

мочеиспусканія. Стула не было. Животъ не вздутъ, болѣзненность меньше. t° веч. 36,5.

24/x. утр. 36,5. Послѣ клизмы былъ жидкій стулъ. Задержка мочеиспусканія продолжается. t° веч. 36,8.

25/x. t° утр. 36,3. Общее состояніе такое же, боль по прежнему. Стула не было. Аппетитъ плохой. Мочилась сама. Мочи 1000 куб. с., удѣл. вѣса 1,007. Бѣлка и индикана нѣтъ. t° веч. 36,4.

26/x. t° утр. 36,8. Пульсъ 78. Самочувствіе лучше, боли меньше. Былъ нормальный стулъ. Аппетитъ плохой. t° веч. 36,4.

27/x. t° утр. 36,2. Пульсъ 72. Опухоль какъ будто уменьшилась. Былъ жидкій стулъ. Боль въ животѣ меньше. Аппетита нѣтъ. Мочи 1000 куб. с., уд. в. 1,009 небольшое количество индикана. t° веч. 37,2.

Въ дальнѣйшемъ теченіе хроническое: опухоль весьма медленно уменьшалась, хотя боль и болѣзненность исчезли скоро. Два раза было обостреніе процесса, одинъ разъ даже со рвотой, но оба раза безъ повышенія t°. Стулъ былъ нормальный и только нѣсколько дней былъ поносъ.

12/iii. больная выписалась при общемъ хорошемъ состояніи; но небольшое затвердѣніе въ области червеобразнаго отростка, хотя и небольшенное, все еще прощупывалось.

№ 24. *Авдотья Мерк.*, кресть. вдова, 58 лѣтъ. Кухарка. Поступила въ больницу 25-го апрѣля 1894 г. Выписалась 3-го мая.

Anamn. 2 недѣли тому назадъ больная простудилась и начала кашлять; при этомъ немного лихорадила. Дней десять тому назадъ больная упала съ высокаго табурета и ударилась животомъ объ сундукъ, послѣ чего появились боли въ правой сторонѣ живота. Больная предрасположена къ запорамъ. Стула не имѣла уже 3 дня.

St. praes. Больная средняго роста, правильнаго тѣлосложенія и хорошаго питанія. Подкожная жировая клѣтчатка сильно развита. Языкъ обложенъ. Сердце заходитъ влѣво на палецъ, тоячекъ сердечный въ V-омъ межреберьѣ. Тоны чисты и правильны. Обѣ верхушки легкихъ притуплены какъ спереди, такъ въ особенности сзади, fremitus усиленъ, выслушиваются звучные хрипы, въ остальномъ легкія свободны. Печень не увеличена, селезенка же перкуторно увеличена, но прощупывается нелегко. Небольшой отекъ ногъ. Животъ чувствителенъ, особенно въ правой подвздошной области, гдѣ прощупывается резистенція соотвѣтственно слѣпой кишкѣ. Пульсъ 96. Дыханіе 48. t° утр. 36,0. t° веч. 38,0. Ord.: Ледъ на животъ справа и clysma.

26/iv. t° утр. 36,5. Пульсъ 92. Правая сторона живота весьма болѣзненна при пальпаціи. Голени слегка отечны. Въ правомъ легкомъ констатируется притупленіе. Въ обоихъ легкихъ спереди выслушиваются влажные хрипы. Моча кислой реакціи, удѣл. вѣсъ 1,025; бѣлка нѣтъ. t° веч. 37,4. Ord.: Opii puri 0,015 № 3. Ледъ на животъ.

27/IV. t° утр. 36,9. Пульс 76. Боль живота спереди гораздо меньше, но ощущается сильная боль въ почечныхъ областяхъ. Стула не было. Влажные хрипы по прежнему. Мочи 600 куб. с. t° веч. 36,3.

28/IV. t° утр. 36,5. Боль въ животѣ значительно меньше, самочувствіе удовлетворительное. t° веч. 36,7. Лежъ по прежнему.

29/IV. t° 36,6. Пульсъ 80, слабаго наполненія. Стула не было. Боль въ правой сторонѣ спереди значительно меньше. т. веч. 36,7.

30/IV. t° утр. 37,1. Пульсъ 80. Больная чувствуетъ себя лучше. Болѣзненность въ правой подвздошной области незначительна, резистенція уменьшилась. Послѣ клизмы прослабило. Мочи 1000 к. с. t° веч. 36,8.

1/V. t° утр. 36,3. Самочувствіе хорошее Резистенція въ правой подвздошной области почти не прощупывается. Стула не было. Языкъ обложенъ. t° веч. 36,4.

2/V. t° утр. 36,3. Жалуется на боль въ области крестца. t° веч. 36,4.

3/V. t° утр. 36,8. Пульсъ 72. Боли живота нѣтъ, не обнаруживается также и опухоли въ правой подвздошной области. Боли въ крестцѣ исчезли. Языкъ чистъ. Стулъ нормальный. Выписана.

№ 25. *Аннеся Мур.*, нѣм., 14 лѣтъ. Поступила 9-го іюня. 1894 г. Выписалась 29-го іюня.

Anamn. Съ 5-го числа у больной появился поносъ—раза 3 въ сутки и боль въ правой подвздошной впадинѣ, тогда же была рвота 1 разъ, а также около этого времени было замѣчено затвердѣніе въ области слѣпой кишки. 4 года назадъ лежала въ Николаевской дѣтской больницѣ со скарлатиной. Менструируетъ съ прошлаго года. правильно; послѣдній разъ 2 недѣли назадъ.

St. praes. Больная соотвѣтствующаго для своихъ лѣтъ роста, правильнаго тѣлосложенія и умѣреннаго питанія. Языкъ слегка обложенъ. Сердце и легкія безъ измѣненій. Печень и селезенка не увеличены. Въ правой подвздошной области прощупывается твердая, болѣзненная на опухь опухоль, перкуторный тонъ надъ нею притупленный. Пульсъ 108. Дыханіе 28. t° веч. 38,8. Ord.: Opii p. 0,015. Mag. Bismuth. 0,5. № 4. Лежъ на животѣ справа.

10/VI. t° утр. 37,4. Пульсъ 92. Спала хорошо. Боль въ правой половинѣ живота уменьшилась. Появился аппетитъ. Стулъ былъ 6 разъ, жидкій. Уплотненіе въ правой подвздошной области менѣе болѣзненно. t° веч. 38,8.

11/VI. t° утр. 37,8. Пульсъ 88. Языкъ обложенъ. Боли въ правой подвздошной ямкѣ не было совсѣмъ, а была небольшая боль въ области печени. Стулъ былъ 3 раза, жидкій. Въ испражненіяхъ гнойныхъ тѣлецъ не найдено. Уплотненіе прощупывается, перкуторный тонъ надъ нимъ притупленный. Селезенка немного увеличена. Мочи около 1200,0. Индикана нѣтъ. t° веч. 37,9.

12/VI. t° утр. 36,9. Пульсъ 76. Припухлость въ правой подвздошной ямкѣ уменьшается въ объемѣ—именно снаружи, болѣзненность ощущается при болѣе

глубокой пальпаціи, самопроизвольныхъ болей здѣсь нѣтъ совершенно. Слабило только 3 раза. Аппетитъ хорошій. t° веч. 37,3.

13/VI. t° утр. 36,8. Пульсъ 72. Слабило 4 раза жидко. На боли не жалуется. Языкъ слегка обложенъ. Припуханія тона въ правой fossa iliaca нѣтъ; при ощупываніи констатируется лишь увеличенная резистенція. Въ испражненіяхъ найдены *мнѣшіе шарики* въ умѣренномъ количествѣ. t° веч. 37,0.

Въ остальномъ теченіи t° нормальная. Боли исчезли, опухоль уменьшалась съ каждымъ днемъ. Первые дни былъ поносъ, а затѣмъ нормальный стулъ.

29/VI. Больная выписалась какъ вполнѣ оправившаяся, хотя въ подвздошно-слѣпой ямкѣ резистентность еще оставалась.

№ 26. *Александра Г.*, 27 лѣтъ. Поступила въ больницу 14 октября 1894 года, выписалась 3-го ноября.

Anamn. 14 октября въ 1 ч. дня больная сразу почувствовала сильную боль въ правой нижней части живота, общую слабость и тошноту (рвоты не было). Послѣдній стулъ нормальный, былъ вечеромъ 13-го октября. Menses были 24 сентября и 13 (?) октября. Рожала 2 раза, послѣдній разъ 3 года тому назадъ. Чувствовала и раньше боль въ правой подвздошной области. Страдаетъ запорами.

St. praes. Больная посредственнаго тѣлосложенія и питанія, въ высокой степени анэмична, пульсъ на art. radialis не прощупывается. Границы сердца нормальны, сердечный толчекъ въ 4-мъ межреберьѣ по l. mammillaris, тоны довольно громки, 2-й нѣсколько слабоватъ. При осмотрѣ живота замѣчается небольшое выпячиваніе правой нижней части его, при пальпаціи удается опредѣлить здѣсь опухоль, поднимающуюся своей верхней границей до пупочной линіи; перкуторный тонъ надъ опухолью тупой, слѣва тонъ почти ясный; при легкой перкуссіи бокомъ живота тонъ притупленъ болѣе слѣва. При внутреннемъ изслѣдованіи контуры матки не опредѣляются, подвижность ея уменьшена; справа сзади и спереди тѣстоватость и нѣсколько увеличенная резистенція; слѣва гораздо меньше и болѣе въ задне-боковомъ сводѣ. t° 14/x веч. 36,8.

t° 15/x утр. 36,0. Пульсъ 128 (на сердцѣ). Дых. 36. Ord.: пузырь со льдомъ на животъ справа; вирмск. камфоры. Черезъ 1 часъ сдѣлано вливаніе солевого раствора въ количествѣ 900 куб. сант.

t° 15/x веч. 37,5. Пульсъ на art. radialis не прощупывается, на сердцѣ 140.

Постоянная рвота. Анэмія въ высшей степени. Перкуторный тонъ въ боковыхъ частяхъ живота притупленъ; весь низъ живота выпяченъ и тонъ притупленъ справа до пупочной линіи и слѣва на 2 пальца ниже пупка. Моча выпущена катетромъ. t° въ 9 ч. веч. 37,3. Въ 1 ч. ночи. Пульсъ ощущается ясно, 120. Рвоты постоянно.

16/x. t° утр. 37,9. Пульсъ 146, ощущается довольно хорошо, полный. Рвоты нѣтъ съ 9 ч. утра, но теперь еще тошнитъ. Анэмія какъ будто меньше.

Боли въ животѣ постоянныя. Правая сторона низа живота выпячена нѣсколько больше, чѣмъ вчера, по границѣ притупленія тоны вездѣ тѣже. Мочилась сама. Бѣлка въ мочѣ нѣтъ. Языкъ чистый, влажный. Выдѣленій изъ рукава нѣтъ. t° въ 5 ч. вет. 38,5.

17/х. t° утр. 37,5. Пульсъ 100, полный. Рвало 4 раза ночью и 4 раза сегодня утромъ. Появился аппетитъ. Боли въ животѣ не сильныя. Анэмія уменьшается. Низъ живота мягче и границы притупленія ниже: верхняя граница его справа на 2 поперечныхъ пальца, а слѣва на 3 пальца ниже пупочной линіи. Появились кровянистыя выдѣленія въ незначительномъ количествѣ. Мочилась сама. t° въ 5 ч. вет. 38,2. Пульсъ 108.

18/х. t° утр. 38,0. Пульсъ 96. Тошнитъ, но рвоты нѣтъ. Животъ безъ малѣйшихъ измѣненій. Аппетитъ есть. Выдѣленія изъ рукава незначительныя. t° въ 5 ч. вет. 38,4. Пульсъ 102.

19/х. t° утр. 48,0. Пульсъ 90. Не рвало, тошнитъ только по временамъ. Выдѣленія крови незначительныя. Общее состояніе сносное. Притупленіе внизу живота безъ особенной перемѣны. Въ правой подвздошной области прощупывается колбасовидная опухоль, параллельная cristae. t° въ 5 час. вечера 37,9. Пульсъ 94.

20/х. t° утр. 37,5. Пульсъ 90. Слабило. Боль живота незначительна, вздутія нѣтъ. Ни рвоты, ни тошноты нѣтъ. Явленія анэміи проходятъ. Въ лѣвой подвздошной области перкуторный тонъ вездѣ тимпанической, въ правой подвздошной области колбасовидной опухоли не прощупывается, но вправо отъ пупка и нѣсколько ниже его прощупывается опухоль величиною съ куриное яйцо. Притупленный тонъ начинается здѣсь ниже границы опухоли. t° въ 5 ч. веч. 38,0. Пульсъ 90. Больная жалуется на схваткообразныя боли внизу живота. Объективно притупленіе безъ перемѣны, только животъ нѣсколько вздутъ.

21/х. t° утр. 36,8. Пульсъ 92. Слабило. Рвоты не было, но сегодня тошнитъ. Незначительныя боли въ правой подвздошной области. Опухоль той же величины. t° въ 5 ч. в. 38,0. Пульсъ 94. Жалуется на головокруженіе и схваткообразныя боли живота. Мочится сама.

22/х. t° утр. 37,8. Пульсъ 90. Сегодня 1 разъ была рвота, тошнитъ. Боли въ правой подвздошной области не сильныя. Стула не было. Животъ мягкій, только справа внизу разлитое уплотненіе подходитъ сегодня до подвздошной кости, а притупленіе до линіи отъ пупка къ sp. ant. dup. Самочувствіе сегодня лучше. Мочится сама. t° въ 5 ч. в. 38,2. Пульсъ 92, полный.

23/х. t° утр. 37,6. Пульсъ 90. Послѣ клизмы вышла только окрашенная калами вода. Нѣсколько разъ рвало. Языкъ слегка обложенъ. Животъ мягкій, небольшенный, такъ что можно ощупывать его, довольно сильно надавливая. Въ правой подвздошной области ощупывается резистенція, какъ и раньше, съ слегка притупленнымъ перкуторнымъ тономъ. Иногда удается здѣсь ощупать слегка плотное, гладкое и мало болѣзненное тѣло. Самочувствіе сегодня хуже. Выдѣленій нѣтъ. Мочилась сама. Моча прозрачная, сильно кислой реакціи, уд. вѣсъ 1,006. Бѣлокъ въ самомъ незначительномъ количествѣ. Подъ микроскопомъ ничего особеннаго не найдено. t° въ 5 ч. веч. 38,0. Пульсъ 90. Рвота прекратилась.

24/х. t° утр. 37,4. Пульсъ 88. Послѣ высокой клизмы прослабило хорошо. Рвоты нѣтъ, тошнитъ мало. Боли стихли. Въ правой подвздошной области резистенція и притупленіе in statu quo, но какого либо отдѣльнаго тѣла уже не прощупывается. t° въ 5 ч. вет. 38,1. Пульсъ 82. Не тошнитъ, небольшое головокруженіе. t° въ 9 ч. веч. 37,6.

25/х. t° утр. 37,3. Пульсъ 76. Спала хорошо. Стула не было. Ни рвоты, ни тошноты нѣтъ. Языкъ чистый. Животъ мягкій, безболѣзненный, но немного вздутъ. Перкуторный тонъ въ правой подвздошной области тимпанической и только въ глубинѣ прощупывается резистенція. t° въ 5 ч. веч. 37,8. Пульсъ 96.

26/х. t° утр. 36,7. Пульсъ 76. Спала хорошо. Клизма. Прослабило. Ни рвоты, ни тошноты, ни боли нѣтъ. Въ правой подвздошной области перкуторный тонъ тимпаническій, исключая незначительнаго пространства вблизи sp. ant. sup., гдѣ прощупывается также повышенная резистенція. Per vag. связи между опухолью и маткою не опредѣляется. t° въ 5 ч. веч. 37,1. Пульсъ 90.

Въ дальнѣйшемъ теченіи t° нормальная. Стулъ стать нормальнымъ, почти ежедневнымъ. Опухоль въ области черв-образнаго отростка значительно уменьшилась, но все еще оставалась въ небольшихъ размѣрахъ при выпискѣ 3/хі.

№ 27. *Екатерина М.*, крест. вдова, 40 лѣтъ. Въ Петербургѣ 17 лѣтъ. Поступила 10 февраля 1895 г. выписана 19 февр.

Anamn. Заболѣла 2 недѣли тому назадъ настолько сильными болями въ правой поясничной области, что принуждена была лежать въ постели. Постоянный запоръ. Рвоты не было. Рожала 4 раза. Регулы правильныя.

St. praes. Больная средняго роста, довольно хорошаго питанія. Со стороны грудныхъ органовъ никакихъ отступленій отъ нормы. Языкъ обложенъ. Животъ неравномѣрно вздутъ, правая половина выступаетъ рѣзче. На правой половинѣ на 2 пальца вправо отъ пупка внизъ и кнаружи до sp. ant. sup. dext. прощупывается резистентность, довольно плотная и не совсѣмъ ясно отграниченная. Перкуторный тонъ надъ ней притупленъ. Опухоль неподвижна. Печень не увеличена, селезенка не прощупывается. На низъ не было. Мочи 500 к. с., уд. вѣса 1,022, реакціи кислая, слѣды бѣлка, индикана не обнаружено. Форменныхъ элементовъ не содержитъ. Пульсъ 84. Дых. 48. t° 10/п. вечер, 38,9. t° 11/п. утр. 38,2. t° вечер. 37,4. Ord. Rp. Opii p. 0,015, № 6. Ледъ на правую сторону живота.

12/п. t° утр. 36,9. Пульсъ 69. Чувствуетъ себя лучше. Болей въ животѣ нѣтъ. На низъ не было. Въ остальномъ безъ перемѣнъ. t° веч. 37,1.

13/п. t° утр. 36, 7. Пульсъ 66. Стулъ былъ послѣ клизмы. Вздутіе живота

уменьшилось. Опухоль при давленіи безболѣзненна. Въ остальномъ безъ рѣзкихъ перемѣнъ. t° вечер. 36,8.

Остальные дни t° нормальная. Стулъ скоро сталъ ежедневнымъ и нормальнымъ. Опухоль уменьшалась съ каждымъ днемъ, хотя при выпискѣ 19/п. еще прощупывалась какъ незначительная резистентность.

№ 28. См. выше.

№ 29. *Елизавета М.* Крест. дѣв., 19 лѣтъ. Поступила въ больницу 27-го февраля 1895 г. Выписалась 12-го марта.

Anamn. Хвораетъ дней 10. Болитъ правая половина живота настолько сильно, что больная не можетъ ходить. Рвоты не было, больше тошнота. Больной ставили клизмы, а 21-го февраля она получила слабительное по назначенію врача. Раньше изрѣдка ломало ноги. Menses съ 15 лѣтъ, по 4 дня.

St. praes. Больная средняго роста и удовлетворительнаго питанія. Глаза блестятъ, но конъюнктивы не инъецированы. Краснота вокругъ ноздрей, губы сухія. Языкъ немного обложенъ. Рѣзкая гиперемія и катарръ задней стѣнки зѣва. На шеѣ прощупываются увеличенныя железы и имѣется рубецъ.

Животъ напряженъ. Въ правой regio ileo-coecalis ощупывается большая резистентность. Перкуторный тонъ здѣсь притупленъ. Сильная болѣзненность надъ резистентностью при перкуссіи. Печень прощупать не удается. Селезенка перкуторно увеличена, но не прощупывается. Границы сердца справа заходятъ на 1 поперч. палецъ за край грудины, въ остальныхъ частяхъ нормальны. Тоны сердца чисты. Въ легкихъ незначительное притупленіе у угла лѣвой лопатки. Пульсъ 100. Дыханіе 24. t° утр. 38,5. t° веч. 38,1.

28/п. t° утр. 37,5. Пульсъ 94. Спала хорошо. На низъ не было. Животъ болитъ меньше. Тошноты и рвоты не было. Кашель рѣже. Мокрота слизисто-гнойная, отдѣляется довольно много. Въ легкихъ притупленіе менѣе рѣзко. Хриповъ также меньше.

Резистентность въ томъ же состояніи; заходитъ пальца на два кнутри отъ sp. ant. Тонъ надъ ней глухо тимпаничный. t° веч. 37,6.

1/m. t° утр. 37,3. Пульсъ 92. Спала хорошо. Мокроты меньше. Легочныя явленія тѣ же. Стула не было. Животъ довольно значительно напряженъ. Болѣзненность та же. Мочи 500 к. стим., уд. вѣс. 1,027, реакція щелочная. Бѣлка нѣтъ. Характерной реакціи на индиканъ нѣтъ. Діазореакція не удается. t° веч. 37,4.

2/m. t° утр. 37,6. Пульсъ 100. Стула не было, вѣтры отходятъ. Кашель очень небольшой. Болѣзненность и резистентность въ f. iliaca dextra тѣ же. t° веч. 38,6.

3/m. t° утр. 38,4. Въ легкихъ подъ лѣвой лопаткой притупленіе, голосовое дрожаніе сохранено; на верхушкахъ при первыхъ вздохахъ хрипы. Стула не было. Болѣзненность справа меньше. t° веч. 39,1.

4/m. t° утр. 36,5. Пульсъ 68. Вчера вечеромъ былъ небольшой густой стулъ.

Спала хорошо. Болѣзненность и резистентность значительно меньше. Въ легкихъ притупленіе значительно прояснилось, хриповъ сегодня не выслушивается. t° веч. 36,8.

Остальные дни t° нормальная. Стулъ задержанъ. Кашель небольшой. Опухоль уменьшалась съ каждымъ днемъ; при выпискѣ 12/m была весьма малыхъ размѣровъ.

№ 30. *Марія Конг.* дѣвица. 19 лѣтъ. Поступила въ больницу 5-го марта 1895 г. выписалась 27-го марта.

Anamn. Недѣлю тому назадъ появилась боль въ правой подвздошной области. 28/п весь день рвало. 4 дня не было стула. Мочится и на низъ безъ боли. Не рожала и не выкидывала. Menses на 16-мъ году, черезъ 4 недѣли по 3 дня необильныя, съ болями все время. Послѣднія были 3-го марта.

St. praes. Больная правильнаго тѣлосложенія и хорошаго питанія. Животъ вздутъ, справа въ области слѣпой кишки весьма чувствительность къ давленію, здѣсь прощупывается опухоль въ кулакъ величиною. Menstrua. t° утр. 37,0. t° веч. 39,2. Ord.: Opii p. 0,015. № 4. Ледъ на животъ.

6/m. t° утр. 37,6. Пульсъ 88. Языкъ порядочно обложенъ. Животъ умѣренно вздутъ. Стула не было. Рвоты не было. Menstrua продолжаются. Опухоль и болѣзненность тѣже. t° веч. 37,2.

7/m. t° утр. 37,1. Пульсъ 60. Спала хорошо. Былъ нормальный стулъ. Боли въ правой подвздошной области еще сильныя. Языкъ обложенъ. t° веч. 37,0.

8/m. t° утр. 36,8. Пульсъ 60. Menstrua окончились. Стулъ былъ. Опухоль въ подвздошной области меньше, но боль еще держится. Языкъ порядочно обложенъ. t° веч. 37,5:

9/m. t° утр. 37,2. Пульсъ 66. Спала хорошо. На низъ было исправно. Опухоль въ f. iliaca dext. уменьшается, Языкъ обложенъ. Моча кислой реакціи, бѣлка нѣтъ, уд. вѣсъ. 1,022. t° веч. 38,0.

10/m. t° утр. 37,1. Боли въ области опухоли сегодня больше. На низъ не было. Рвоты и тошноты нѣтъ. t° веч. 37,5.

11/m. t° утр. 37,0. Пульсъ 72. На низъ не было. Боли справа продолжаются. Языкъ обложенъ. t° веч. 38,0.

12/m. t° утр. 37,7. Больная вчера немного походила, послѣ чего боли въ правой подвздошной области усилились. Опухоль безъ измѣненій. Стулъ былъ два раза, какъ слѣдуетъ. t° веч. 38,3.

13/m. t° утр. 36,6. Пульсъ 72. Боль и опухоль справа безъ измѣненій. Стула не было. t° веч. 37,5.

14/m. t° утр. 37,7. Пульсъ 76. Боль держится, опухоль in statu quo. Стула не было. t° веч. 38,5.

15/m. t° утр. 38,9. Пульсъ 96. Спала плохо изъ за болей живота. Стула не было. Объективно status quo. Мочи 1200 к. с. t° веч. 39.2.

16/III. t° утр. 37,0. Пульсъ 84. Спала плохо, но чувствуетъ себя лучше. Стула не было. Чувствительность и резистенція уменьшилась. t° веч. 37.3.

17/III. t° утр. 36,3. Пульсъ 72. Чувствуетъ себя удовлетворительно. Спала лучше. Резистенція значительно уменьшилась, равно и чувствительность. Стула не было. t° веч. 36,5.

18/III. t° утр. 36,0. Пульсъ 84. Послѣ клизмы прослабило. Резистенція значительно уменьшилась; боль небольшая. Больная чувствуетъ себя хорошо. t веч. 36,0.

Остальные дни t° нормальныя. Стулъ задержанъ. Опухоль, хотя и уменьшалась съ каждымъ днемъ, но прощупывалась еще при выпискѣ 26/III въ видѣ нѣкоторой резистенціи.

№ 31. *Авдотья Вас.* Крест. дѣв., 22 лѣтъ. Поступила въ больницу 15-го марта 1895 г., выписалась 30 марта.

Anamn. Заболѣла 11-го марта болью въ животѣ; на слѣдующій день появилась рвота, повторявшаяся съ тѣхъ поръ каждый разъ послѣ пріема пищи. Запоровъ не было. Больная лежала съ тѣми же явленіями въ прошломъ году въ Маріинской больницѣ. Другихъ болѣзней не было. Менструаціи правильныя, послѣдняя на прошлой недѣлѣ. Не рожала.

St. praes. Больная средняго роста, правильнаго тѣлосложенія и удовлетворительнаго питанія. Языкъ обложенъ. Границы сердца нормальны, тоны чисты. Легкія свободны. Печень и селезенка не увеличены. Животъ умѣренно вздутъ. Въ правой половинѣ живота надъ пупочной линіей нѣсколько притупленный перкуторный тонъ и получается ощущеніе сопротивленія, хотя опухоль ясно ограничить не удается; здѣсь же сильная болѣзненность. Почечная область не чувствительна. t° утр. 38,0. t° веч. 39,4. Ord.: Opii 0,015 № 4. Ледъ на животъ справа.

16/III. t° утр. 38,9. Пульсъ 112. Дыханіе 32. Спала плохо. Болѣзненность живота, какъ вчера. Сегодня былъ жидкій необильный стулъ. Утромъ была рвота съ примѣсью желчи. t° веч. 38,8.

17/III. t° утр. 38,3. Пульсъ 112. Чувствуетъ себя лучше и спала лучше. Былъ жидкій и довольно обильный стулъ. Рвоты не было. Языкъ обложенъ. Резистенція въ правой подвздошной ямкѣ держится, но болѣзненность меньше. t° веч. 38,6.

18/III. t° утр. 38,2. Пульсъ 92. Ночью была сильная боль въ правой половинѣ живота. Утромъ былъ жидкій стулъ. Рвоты не было. Инфильтратъ ясно ограничился, чувствительность значительна. t° веч. 38,6.

19/III. t° утр. 38,8. Пульсъ 100. Спала удовлетворительно, на боль не жалуется. Стула не было. Опухоль ясно выражена, зыбленія не обнаруживаетъ. Рвоты не было. Мочи 600 куб. с. Удѣл. вѣсъ 1,021. Бѣлка и индикана нѣтъ. t° веч. 39,0.

20/III. t° утр. 38,8. Пульсъ 96. Спала удовлетворительно. Боль не большая Стулъ былъ 1 разъ, жидкій. Опухоль какъ вчера. t° веч. 38,5.

21/III. t° утр. 38,3. Пульсъ 96. Былъ жидкій стулъ съ значительною примѣсью слизи. Гнойныхъ тѣлецъ въ испражненіяхъ не найдено. Животъ не напряженъ, болѣзненность небольшая. t° веч. 38,6.

22/III. t° утр. 37,9. Пульсъ 88. Стулъ былъ полужидкой консистенціи, гноя не найдено. Опухоль, прощупываемая въ горизонтальномъ положеніи. t° веч. 37,9.

23/III. t° утр. 38,1. Пульсъ 92. Опухоль какъ вчера. Стулъ былъ въ небольшомъ количествѣ, густоватый (больная сходила подъ себя). t° веч. 38,3.

24/III. t° утр. 38,2. Пульсъ 88. Стулъ былъ полужидкой консистенціи со слизью, какъ раньше. Опухоль безъ измѣненія. t° веч. 38,0.

25/III. t° утр. 38,0. Пульсъ 92. Стулъ былъ 1 разъ, жидковатый, со слизью; микроскоп. гноя не оказалось. Опухоль прощупывается по прежнему. t° въ 12 ч. дня 38,5, веч. 38,1.

26/III. t° утр. 37,1. Пульсъ 72. Стулъ былъ полужидкій, необильный, съ *значительнымъ количествомъ гноя*. Опухоль прощупывается, по прежнему колбасовидной формы. t° 37.1.

27/III. t° утр. 36,8. Пульсъ 72. Стулъ полужидкій съ порядочнымъ количествомъ гноя. t° веч. 37,4.

28/III. t° утр. 37,0. Пульсъ 68. Стулъ былъ сегодня утромъ средней консистенціи. Ни макроскопически, ни микроскопически гноя не найдено. Опухоль почти не прощупывается. t° веч. 37.1°

29/III. t° утр. 37,1. Пульсъ 96. Сегодня и вчера былъ нормальный стулъ. Самочувствіе хорошее, объективно ничего особеннаго не констатируется. t° веч 36,9.

30/III. t° утр. 36,8. Пульсъ 80. Стулъ былъ 2 раза, жидкій съ примѣсью гноя, обнаруженнаго какъ макроскопически, такъ и микроскопически; при пальпаціи правой подвздошной области gargouillement. По просьбѣ больной выписана.

№ 32. *Пелагея Ван.*, Мѣщ. замужн., 36 лѣтъ. Поступила въ больницу 4-го сентября 1895 г. Выписалась 16-го сентября.

Anamn. 2 года назадъ у больной былъ запоръ, боли въ правой подвздошной области и рвота. Эти явленія прошли при терапевтическомъ леченіи въ больницѣ. 26-го августа этого года у нея послѣ нѣсколькодневнаго запора снова появились боли въ правой подвздошной ямкѣ и тошнота. Больная нѣсколько разъ принимала слабительное, которое дѣйствовало хорошо, но боли не проходили.

St. praes. Больная средняго роста, крѣпкаго тѣлосложенія и хорошаго питанія. Животъ вздутъ, при опущиваніи болѣзненъ въ правой подвздошной ямкѣ, гдѣ опредѣляется твердая продолговатая опухоль и притупленно-тимпаническій тонъ. Гинекологическое изслѣдованіе отрицательно. Бронхитъ. На лѣвой голени ulcus varicosum.

4/IX. t° веч. 37,0. Ord.: T-rae opii 8 кап. 4 раза. Ледъ на животъ. t° утр. 37,5.

5/IX. t° утр. 36,8. Болѣзненность и опухоль въ правой подвздошной ямкѣ безъ перемѣны. Стула не было. t° веч. 36,8.

6/IX. t° утр. 36,8. Клизма хорошо подѣйствовала. Болѣзненность и опухоль уменьшились. t° веч. 37,4.

7/IX. t° утр. 37,3. Боли держатся по прежнему, а также и опухоль. Стула не было. t° веч. 37,3.

Остальные дни t° была по прежнему нормальной. Стулъ вначалѣ ежедневно вызывали клизмами, затѣмъ сталъ произвольный, ежедневный. Болѣзненность и опухоль постепенно уменьшились и къ 16/IX совершенно исчезли.

№ 33. *Софья Елис.* крест. дѣв., 26 лѣтъ. Поступила въ больницу 21-го февр. 1896 г. Выписалась 1-го марта.

Anamn. 4 дня тому назадъ появились сразу жаръ, ознобъ, боли во всемъ животѣ, особенно справа внизу. На низъ было каждый день, нормально. Menses на 14-мъ году, черезъ 4 недѣли по 4 дня, необильныя и безболѣзненныя. Послѣднія 2 недѣли назадъ. Не рожала и не выкидывала.

St. praes. Животъ немного вздутъ, болѣе справа; небольшое притупленіе справа по ходу восходящей ободочной кишки. Здѣсь же наибольшая болѣзненность. t° утр. 38,7. t° веч. 39,6. Ord.: Opii p. 0,015. Черезъ 2 ч. Ледъ на животъ справа.

22/III. t° утр. 37,3. Боли въ животѣ продолжаются. Наибольшая болѣзненность пальпа на 3 выше cristae ilei dext. Животъ слегка вздутъ. t° веч. 37,7.

23/III. t° утр. 37·1. Животъ менѣе болѣзненъ, въ остальномъ безъ перемѣны. t° веч. 37,1.

24/III. t° утр. 37,0. Самочувствіе хорошее. Животъ неболѣзненъ. Былъ стулъ, t° веч. 37,0.

25/III. t° утр. 37,5. Боли живота стихли. Стулъ былъ. t° веч. 37,8.

26/III. t° утр. 38,2. Опять появились боли живота. Притупленіе въ правой подвздошной ямкѣ распространилось дальше кзади, гдѣ промупляется довольно плотный инфильтратъ. Стула не было. t° веч. 38,8.

27/III. t° утр. 38,2. Боль живота уменьшилась. Инфильтратъ въ правой подвздошной области безъ перемѣны. Послѣ клизмы прослабило. t° веч. 39,4.

28/III. t° утр. 38,1. Опухоль увеличилась, получается довольно ясная флюктуація около sp. ant. sup. Больная рѣшительно отказалась отъ предложеной операціи и выписана.

№ 34. *Марія Л.* Крест. дѣв., 21 г. Поступила въ больницу 27-го февраля 1896 г. выписалась 6-го марта.

Anamn. Первый разъ заболѣла 3 мѣсяца тому назадъ; затѣмъ черезъ 4 недѣли былъ второй припадокъ. Настоящее заболѣваніе началось три дня тому назадъ тошнотой, болью живота и запоромъ.

St. praes. Больная хорошаго питанія и тѣлосложенія. Животъ слегка вздутъ, при ощупываніи болѣзненъ, особенно въ правой подвздошной области, гдѣ прощупывается довольно плотный инфильтратъ. t° веч. 37,6. Ord.: t-rae opii 8 кап. 3 раза. Ледъ на животъ.

28/III. t° утр. 37,4. St. idem. Стула не было. t° веч. 37,3.

29/III. t° утр. 37,3. Инфильтратъ и болѣзненность въ правой подвздошной области значительно меньше. t° веч. 37.4.

Въ послѣдующіе дни инфильтратъ все уменьшался. t° оставалась нормальной.

6/IV. Инфильтратъ и болѣзненность въ правой подвздошной области совершенно исчезли. Больная выписана.

№ 35. *Анна Алекс.*, крест., вдова, 25 лѣтъ. Поступила 8 марта 1896 года. Выписана 19-го марта.

Anamn. Вчера вдругъ появились боли внизу живота и поясницы. Стулъ до этого былъ нормальный. Вѣкей нѣтъ. Menses на 12-мъ году, черезъ 3 недѣли по 7-ми дней, обильныя, иногда съ болями. Послѣдніе кончились 7 дней тому назадъ, пришли въ срокъ. Не рожала, но былъ 1 выкидышъ на 3-мъ мѣсяцѣ 4 года назадъ. 1½ года тому назадъ была больна и лежала 2 мѣсяца въ Обуховской больницѣ.

St. praes. Животъ нѣсколько вздутъ и сильно болѣзненъ въ правомъ паху и въ правой подвздошной ямкѣ, гдѣ замѣчается нѣкоторая резистентность и легкое притупленіе перкуторнаго тона, но прощупать что-либо опредѣленнаго не удается, вслѣдствіе сильной болѣзненности. Per vaginam: матка въ anteflexio, небольшая, неучувствительная. Въ сводахъ ничего ясно опредѣлить не удается. t° утр. 38,7; t° вечер. 39,2. Ord.: Opii 0,015. № 2. Ледъ на животъ.

9/III. t° утр. 38,4. Пульсъ 82, правильный. Слабило 1 разъ послѣ клизмы. Знобило. Очень сильныя боли въ правой половинѣ живота и головная боль. t° веч. 38,7. Пульсъ 90.

10/III. t° утр. 37,8. Боли въ правомъ паху нѣсколько меньше, но притупленіе и резистентность по прежнему. Остальные дни t° нормальная. Стулъ былъ вначалѣ задержанъ, а потомъ нормальный. Опухоль съ каждымъ днемъ уменьшалась, но въ незначительныхъ размѣрахъ держалась еще при выпискѣ 19/III.

№ 36. *Наталья П.*, жнщ., замужн., 35 лѣтъ. Поступила въ больницу 30-го мая 1896 г. Выписалась 11-го іюня.

Anamn. 9 дней тому назадъ появились сильныя боли въ правой подвздошно-паховой области. 4 дня тому назадъ присоединились жаръ и ознобъ. 2-е сутокъ до поступленія не было стула. Рѣзь при мочеиспусканіи. Вѣли отъ начала болѣзни. Тошноты и рвоты не было. Menses съ 16 лѣтъ, по 5 дней черезъ 3 недѣли, необильныя и безболѣзненныя. Съ послѣднихъ родовъ регулъ не было. Кормила грудью до мая этого года. Рожала 7 разъ, роды проходили благополучно, послѣ родовъ оправлялась скоро. Послѣдніе роды въ ноябрѣ 1894 г. Выкидышей не было.

St. praes. Больная плохого сложенія. Язвокъ не обложенъ. Животъ мягкій, при постукиваніи всюду тимпаниченъ, исключая правой подвздошно-паховой область,

гдѣ пальца на 4 *выше* Пупартовой связки имѣется притупленіе и прощупывается опухоль яйцевидной формы. *Per vaginam*: наружныя части инъецированы, изъ мочеиспускательнаго канала выдавливается гной, изъ рукава гнойныя выдѣленія. Матка in anteflexione, не увеличена, не плотна; шейка почти отсутствуетъ. Въ правомъ сводѣ прощупывается опухоль, связь которой съ маткой трудно установить. Правый сводъ болѣзненъ. Больная жалуется главнымъ образомъ на боли въ правомъ паху. Аппетита нѣтъ. Стула не было 2-е сутокъ. t° утр. 39,2°, вечер. 38,6 Ord.: Опій и ледъ.

31/v. t° утр. 37,5. Пульсъ 88. Стула не было. Боль попрежнему. t° вечер. 38,4.

1/vi. t° 37,3. Пульсъ 74. Спала удовлетворительно. Опухоль и болѣзненность въ правой подвздошной области по прежнему. Языкъ чистый. Аппетита нѣтъ. Стула не было. t° веч. 37,7.

2/vi. t° утр. 37,5. Опухоль не увеличивается. Животъ не вздутъ. Стула не было. t° утр. 38.4.

3/vi. t° утр. 37,3. Болѣзненность опухоли меньше. Стула не было. t° веч. 38,2. Остальные дни t° нормальная, опухоль съ каждымъ днемъ стала быстро уменьшаться и ко дню выписки 11/vi исчезла совершенно.

№ 37. см. выше.

№ 38. *Елизавета Кол.*, 57 лѣтъ. Поступила въ больницу 26-го іюня 1896 г. Выписалась 18-го іюля.

Anamn. Въ октябрѣ 1895 г. у больной были поносы, отъ которыхъ она лечилась впродолженіи 2-хъ мѣсяцевъ въ Стрѣльн. Дворц. госпиталѣ, съ тѣхъ поръ постоянно страдаетъ поносами и болью въ животѣ. Въ теченіи послѣднихъ 2-хъ лѣтъ у больной появляются отеки лица и ногъ, совпадающіе съ незначительнымъ выдѣленіемъ мочи. Въ 1893 году перенесла воспаленіе легкихъ. Menses прекратились 15 лѣтъ тому назадъ. Было 2-е дѣтей.

St. praes. Больная средняго роста, прекраснаго сложенія и питанія. Границы сердца нормальны. Сердечные тоны чисты. Въ легкихъ нѣтъ ничего ненормальнаго. Селезенка не прощупывается. Трудно прощупать также печень изъ за сильной болѣзненности живота, выраженной особенно рѣзко въ правой его половинѣ. Языкъ обложенъ. Пульсъ 100. Per. vag.: ничего ненормальнаго не найдено, кромѣ старческой атрофіи. t° веч. 37,8. Ord.. Опій и ледъ.

28/vi. t° утр. 37,3. Пульсъ 88. Боль въ животѣ нѣсколько уменьшилась. Стула не было со вторника 23-го іюня. Въ мочѣ бѣлка нѣтъ. t° веч. 37,0.

29/vi. t° утр. 36,4. Пульсъ 72. Общее состояніе больной нѣсколько лучше. Чувствительность живота меньше, такъ что удается прощупать въ правой подвздошной ямкѣ опухоль, очень болѣзненную при давленіи. Клизма, поставленная вчера, вызвала сильную боль и имѣла весьма незначительное дѣйствіе. Мочи 700 куб. снтм. t° веч. 36,8.

30/vi. t° утр. 37,1. Чувствительность живота уменьшилась. Былъ твердый, но необильный стулъ. t° веч. 37,3.

1/vii. t° 36,9. Пульсъ 80. Болѣзненность живота даже при давленіи не велика. Клизмы причиняетъ сильную боль. Стула не было. t° веч. 37,3.

2/vii. t° утр. 37,1. Пульсъ 80. Больная чувствуетъ себя лучше. Опухоль въ правой подвздошной области еще прощупывается. Стулъ былъ. t° веч. 38,0.

3/vii. t° утр. 37,9. Пульсъ 88. Былъ два раза жидкій стулъ. Больная въ общемъ чувствуетъ себя удовлетворительно. t° веч. 37,3.

Остальные дни t° нормальная, общее состояніе хорошее, опухоль уменьшалась съ каждымъ днемъ. Стулъ нормальный.

18/vii. Больная выписалась, какъ совершенно оправившаяся.

№ 39. *Александра Без.*, 31 года. Поступила въ больницу 7-го августа 1896 г., выписалась 15-го августа.

Anamn. Заболѣла въ ночь на 5-ое августа поносомъ, рвотой и ознобомъ, каковыя явленія продолжались весь день 5-го, 6-го прекратились и возобновились вторично 7-го, начиная съ 5 часовъ утра. Головныя боли начались еще 2 недѣли тому назадъ. 2 раза лежала въ Царскосельской больницѣ по поводу ревматизма и какой-то женской болѣзни. Menses правильныя. Рожала одинъ разъ.

St. praes. Больная высокаго роста, хорошаго питанія. Въ легкихъ никакихъ измѣненій не обнаруживается. Дыханіе нормальное. Правая граница сердца увеличена на 1—1½ пальца. Сердечные тоны слабы, но чисты. Печень не увеличена, селезенка же увеличена. Conjunctivitis. Языкъ обложенъ. Животъ очень чувствителенъ на ощупь, въ особенности въ правой fossa iliaca. Аппетита нѣтъ. Чувствуетъ жажду. Слабило нѣсколько разъ.—Пульсъ 84. t° веч. 37.5. Ord.: Opii p. 0,01, 4 раза. Ледъ.

8/viii. t° утр. 37,2. Пульсъ 72. Чувствительность живота настолько сильная, что даже тяжесть пузыря со льдомъ вызываетъ боль, главнымъ образомъ въ fossa iliaca dext. Языкъ слегка обложенъ. Первый тонъ на mitralis имѣетъ металлическій оттѣнокъ. Стула не было. t° веч. 37,5.

9/viii. t° утр. 37,0. Боль подъ ложечкой и въ правой подвздошной области, гдѣ прощупывается небольшая опухоль. Стула не было.—Въ правомъ голеностопномъ суставѣ появилась небольшая припухлость и боль при движеніяхъ стопъ. Вчера въ 9 ч. вечера съ больной былъ припадокъ: она пролежала около ½ часа въ безсознательномъ состояніи съ судорожно сведенными пальцами и съ пѣной у рта. Бѣлка въ мочѣ нѣтъ. t° веч, 37,1.

10/viii. t° утр. 37,0. Пульсъ 80. Животъ вздутъ. Болѣзненность и резистентность въ области слѣпой кишки тѣ же. Стула не было. Жалуется на боль въ суставахъ стопъ и колѣна. t° веч. 37,4.

11/viii. t° утр. 37,0. Болѣзненность и резистентность живота справа нѣсколько уменьшились. Стулъ былъ. Языкъ слегка обложенъ. Боли въ суставахъ тѣ же. t° веч. 36,6.

Остальные дни t° нормальная и мѣстныя явленія исчезали одни за другими, но съ больной почти ежедневно были истерическіе припадки.

15/VIII. Больная выписана, какъ совершенно оправившаяся.

№ 40. см. выше.

№ 41. *Ольга Гар.*, 18 лѣтъ. Поступила въ больницу 28-го сентября 1896 г, выписалась 16-го октября.

Anamn. Заболѣла 17-го сентября послѣ обѣда болью въ животѣ, преимущественно въ правомъ паху, жаромъ и головною болью. Принятое слабительное не подѣйствовало, послѣ же клизмы былъ жидкій стулъ. Рвоты за все время болѣзни не было. 4 года тому назадъ у больной были явленія общей анэміи, которую пользовавшій врачъ объяснялъ солитеромъ, послѣдній однако никогда не отходилъ. Menses на 15 мъ году, каждый мѣсяцъ, по 2—7 дней.

St. praes. Больная средняго роста, хорошаго питанія и сложенія. Языкъ обложенъ сильно. Сердце въ нормальныхъ границахъ, тоны его чисты, толчекъ въ пятомъ межреберьѣ. Легкія свободны. Селезенка и печень не увеличены. Животъ умѣренно вздутъ, болѣзненность въ правой подвздошно-паховой области. Перкуторный тонъ тимпаническій, прощупать въ настоящее время ничего не удается. t° 37,5. Пульсъ 96. Ord.: Opii, ѣдь и клизма.

30/IX. t° утр. 36,5, Пульсъ 88. Больная жалуется на боль головы, въ животѣ боль послѣ дня значительно стихла. Послѣ клизмы обильный стулъ. t° веч. 36,9.

1/X. t° утр. 37,2. Пульсъ 100. Самочувствіе значительно улучшилось, боли почти отсутствуютъ. Ѣдь переносится хорошо. Былъ жидкій стулъ. Сохнетъ во рту. t° веч. 37,4.

2/X. t° утр. 37,3. Пульсъ 96. Въ правой подвздошной области gargouillement; селезенка перкуторно не увеличена, прощупывается неясно. Стула не было. t° веч. 36,8.

Слѣдующіе дни t° вначалѣ была нормальная и общіе и мѣстные признаки пошли на улучшеніе, но съ 9/X t° нѣсколько поднялась (до 37,9°), появились ознобы и потъ и небольшое обострение мѣстныхъ явленій.—Вскорѣ эти явленія начели и 16/X больная выписалась.

№ 42. *Матрена Ек.*, 24 лѣтъ. Поступила 3-го ноября 1896 года, выписалась 16-го ноября.

Anamn. Заболѣла 2 недѣли назадъ тошнотой, рвотой, болью въ животѣ и *запоромъ*. Боли въ животѣ въ правой половинѣ стали сильнѣе съ недѣлю тому назадъ. Вчера былъ *понось*: слабило 3 раза и жидко. Сегодня же стула не было. Рожала 3 раза въ срокъ. Выкидышей не было. Послѣдній разъ родила 2 мѣсяца назадъ; послѣродовой періодъ прошелъ нормально.

St. praes. Женщина правильнаго сложенія и хорошаго питанія. Кожа чиста, на груди спереди слѣды расчесовъ. Сердце и легкія нормальны. Верхнія границы печени нормальны, края же ея прощупать не удается вслѣдствіе напряженія брюшныхъ стѣнокъ. Селезенка не прощупывается и не увеличена. Животъ умѣренно вздутъ. Лѣвая его половина безболѣзненна, правая же, особенно въ области слѣпой кишки, болѣзненна при сильной перкуссіи и умѣренной пальпаціи. Перкуторный тонъ здѣсь притупленъ. Per vag.: изъ рукава необильныя слизистыя выдѣленія. Шейка матки коротка съ зарубцевавшимся двусторонними боковымъ разрывомъ. Маточное отверстіе пропускаетъ конецъ пальца. Матка небольшая, вполнѣ подвижная; своды свободны, безболѣзненны; въ правосводіемъ сводѣ прощупывается подвижное, эластическое тѣло небольшой величины (яичникъ). Двойное изслѣдованіе затруднительно вслѣдствіе сильнаго напряженія брюшныхъ стѣнокъ. t°36,9°. Пульсъ 78. Ord.: Opii и ѣдь.

1/XI. t° въ 9 ч. утр. 36,9. Пульсъ 78. Боли въ области слѣпой кишки продолжаются. Не слабило. t° веч. 37,1.

Остальные дни t° нормальная, хотя боли и напряженіе брюшныхъ стѣнокъ держались нѣсколько дней. Стулъ былъ задержанъ.

16/XI. Больная выписалась, какъ поправившаяся.

№ 43. *Анна Амф.*, кр. вдова, 40 лѣтъ. Поступила въ больницу 16 января 1897 года, выписалась 20 января.

Anamn. 12-го января появились сильныя боли въ правой подвздошной области живота, тошнота и позывы къ рвотѣ. Въ области слѣпой кишки больная ощущала приступами вздутіе (перистальтика?), скоро однако проходящее и передавшееся дальше по ободочной кишкѣ. Со дня болѣзни ни стула, ни вѣтровъ не было. Въ день поступленія въ больницу принята слабительное, оставшееся, однако, безъ дѣйствія. Насморкъ появился со дня заболѣванія. *2 года* тому назадъ была тѣмъ же больна около недѣли. *8 лѣтъ* тому назадъ страдала также болями въ правой подвздошной области, которыя держались около 3 недѣль и сопровождались запоромъ. Больная обычно страдаетъ запорами, стулъ бываетъ черезъ день.

St. praes. Больная средняго роста, правильнаго тѣлосложенія, со скудно развитой подкожной жировой клѣтчаткой. Языкъ слегка обложенъ, влажный. Насморкъ. Животъ симметричный, въ нижней половинѣ отъ пупка равномѣрно вздутъ. При ощупываніи весьма болѣзненъ, даже при легкомъ дотрогиваніи, особенно въ правой подвздошной области по l. axillaris ant. Ощупываніемъ удается констатировать здѣсь большую резистентность. Перкуторный тонъ вездѣ ясный. Черезъ брюшныя стѣнки по временамъ ясно выступаетъ вздутіе слѣпой кишки, рѣзко ограниченное и вскорѣ исчезающее. Ни тошноты, ни рвоты нѣтъ. Пульсъ крѣпкій, 75. Дыханіе 21. t° 36,5. Ord.: opii и ѣдь.

17/I. t° утр. 36,1. Ночью больная спала хорошо. Подо льдомъ спазмотическія боли въ области слѣпой кишки значительно стихли. Животъ вздутъ какъ и вчера, болѣзненность нѣсколько меньше. Перистальтика слѣпой кишки выступаетъ ясно, переходя также и на другія части ободочной кишки. Языкъ влажный. t° веч. 36,4.

18/I. t° утр. 36,1. Боли и перистальтика значительно стихли. Животъ мягкій; появилось отхожденіе газовъ. t° веч. 36,2.

19/I. t° утр. 36,6. Боли почти совсѣмъ стихли, оставались только по l. axillaris ant. подъ реберянымъ краемъ. Вѣтры отходятъ. Стула еще не было. t° веч. 36,8.

20/I. t° утр. 37,7. Послѣ клизмы два раза прослабило. Животъ совершенно безболѣзненъ. Общее состояніе и самочувствіе хорошее. Больная по ея желанію выписана.

№ 44. *Марія Вол.*, кр. дѣв., 17 лѣтъ. Поступила въ больницу 3 февраля 1897 года. Выписалась 20 февраля.

Anamn. 17-го декабря прошлаго года у больной появилась головная боль, высокая t° (до 40°), частая рвота и боли живота, который замѣтно вздуся. Рвота продолжалась около недѣли. Больная оставалась въ постели до 3-го января. Боли живота ограничивались въ правой сторонѣ въ области слѣпой кишки, гдѣ прощупывалась шарообразная опухоль. Съ 3-го января больная встала съ постели, но боли въ правой половинѣ живота остались, обострялись до схваткообразныхъ при ходьбѣ. Больная принимала ежедневно ванны. Послѣднюю недѣлю до поступленія въ больницу появились поносы, сопровождаемые вначалѣ рвотой. Все время больная лечилась у врача.

St. praes. Больная средняго роста, правильнаго тѣлосложенія со скудно развитой подкожной жировой клѣтчаткой. Животъ симметричный, умѣренно вздутъ. Справа въ области слѣпой кишки нѣсколько болѣе выполненъ. Ощупываніе живота болѣзненно только въ области слѣпой кишки, гдѣ въ глубинѣ прощупывается нѣкоторое уплотненіе, неясныхъ, однако, контуръ. Уплотненіе распространяется вверхъ по crista ilei. На кожѣ въ этой области слѣды укусовъ піявокъ и небольшой кровоподтекъ отъ нихъ. Ни тошноты, ни рвоты нѣтъ. t° 37,5. Ord.: опій и ледъ.

4/п. t° утр. 36,6. Болѣзненность живота въ области слѣпой кишки уменьшилась. Инфильтратъ также, какъ будто, меньше. Сегодня стула не было. Мочеиспусканіе болѣзненно. Вѣлка въ мочѣ нѣтъ.

Остальные дни t° нормальная. Боли стихли, опухоль исчезла. Стулъ ежедневный.

20/п. больная выписана, какъ вполнѣ поправившаяся, съ незначительной чувствительностью на мѣстѣ опухоли.

№ 45. *Наталья Ник.*, кр. дѣв., 23 л. Поступила въ больницу 10-го февраля 1897 г. Выписалась 18-го марта.

Anamn. 4-го февраля появились головная боль, тошнота, рвота, ознобъ и боль въ правой подвздошно-паховой области. До этого два дня не было стула. Послѣ пріема кастороваго масла хорошо прослабило и уменьшились боль и рван живота. Съ тѣхъ поръ до 9-го февраля стула не было, 9-го же послѣ клизмы хорошо прослабило. 7-го вечеромъ было поставлено 6 піявокъ на животъ въ области слѣпой кишки; облегченія, однако, не послѣдовало. Боли все время держались правой стороны живота. t° повышалась до 39,2. Menses на 17-мъ году чрезъ 4 недѣли, по 4—5 дней, необильныя, но съ болью. Послѣдняя начался января. Не рожала и не выкидывала.

St. praes. Больная средняго роста, правильнаго тѣлосложенія и хорошаго питанія. Животъ не вздутъ, справа слѣды отъ укусовъ піявокъ. Асимметрія живота не замѣчается. При ощупываніи животъ болѣзненъ съ правой стороны, гдѣ на срединѣ разстоніи между sp. ant. sup. и пупкомъ прощупывается колбасовидное уплотненіе, идущее косо внизъ и внутрь. Перкуторный тонъ надъ уплотненіемъ притупленъ и уплотненіе при надавливаніи очень болѣзненно. Языкъ влажный, обложенъ желтымъ налетомъ. Пульсъ полный, крѣпкій, 90. Дыханіе 18.

Per vaginam. Матка стоитъ высоко, подвижная, небольшая, отклонена вправо. Съ правой стороны прощупывается эластическая опухоль, окруженная инфильтратомъ тазовой клѣтчатки. Изъ рукава выдѣляется слизисто-гнойный секретъ, изъ мочеиспускательнаго канала выдавливается немного слизи. t° 37,7. Ord.: Опій и ледъ.

11/п. t° утр. 37,3. Боли живота меньше. Инфильтратъ какъ будто даже увеличился. Стула не было, вѣтры же отходятъ. Общее состояніе удовлетворительно. t° веч. 37,5.

12/п. t° утр. 37,0. Боли живота справа значительно уменьшились. Стула еще не было. Языкъ обложенъ толстымъ слоемъ. t° веч. 37,3. Опій отмѣненъ. Ледъ по прежнему.

13/п. t° утр. 37,3. Сегодня былъ необильный стулъ. Боли уменьшились, но инфильтратъ тотъ же. t° веч. 38,2.

14/п. t° утр. 37,5. Ночью были спазмотическія боли съ урчаніемъ въ правой сторонѣ живота. Стула не было. t° веч. 38,1.

15/п. t° утр. 37,4. Боли живота обострились. Инфильтратъ какъ будто увеличился. Стула не было. t° веч. 38,4.

16/п. t° утр. 37,6. Вчера былъ обильный стулъ. Инфильтратъ все увеличивается. Вчера пришли регулы. t° веч. 38,6.

17/п. t° утр. 37,8. Инфильтратъ все увеличивается, такъ что занимаетъ теперь всю подвздошную ямку, доходя кнутри до срединной линіи и поднимаясь вверхъ на 3 сантм. отъ линіи, проходящей черезъ пупокъ. Стула не было, газы отходятъ. Языкъ слегка обложенъ. t° въ 5 ч. веч. 38,4.

18/п. t° утр. 36,7. Вчера послѣ клизмы хорошо прослабило. Болѣзненность и инфильтратъ немного уменьшились. t° веч. 36,6.

Остальные дни t° нормальная. Боли живота стихли. Стулъ вначалѣ былъ задержанъ и вызывался клизмами, а затѣмъ сталъ произвольнымъ и ежедневнымъ, опухоль уменьшалась съ каждымъ днемъ.

11/пп. Больная выписана, какъ вполнѣ поправившаяся.

№ 46. *Марья Ло.*, мѣщ., дѣв., 20 лѣтъ. Поступила въ больницу 17/п 1897 г. Выписалась 23-го февраля.

Anamn. Съ 9-го февраля появился *понось* и продолжался до 15-го, причемъ больная чувствовала себя довольно хорошо. 15-го появились боли въ ileocoecal'ной области. 16-го и 17-го была рвота. Съ 15-го слабило ежедневно по 1 разу. Menses правильно.

St. praes. Больная средняго роста и удовлетворительнаго питанія. Кожные покровы и видимыя слизистыя оболочки блѣдны. Сыпей и отековъ не замѣчается. Языкъ обложенъ. Губы сухи и потрескались. Зѣвъ чистъ. Селезенка и печень не увеличены. Животъ вздутъ и чувствителенъ, особенно въ правой половинѣ въ области слѣпой и восходящей толстой кишки. Сердце и легкія нормальны. Аппетитъ есть. Жалуется на рѣзь живота и головную боль. Два раза была рвота послѣ пищи. t° 38,8. Пульсъ 120. Ord.: Опій и ледъ.

18/IV. t° утр. 38,7. Пульсъ 110. Ночь спала плохо. Жалуется на головную боль. Стула не было. Правая область живота болѣе вздута, и крайне болѣзненна даже при малѣйшемъ дотрогиваніи. Языкъ чистъ. Сегодня рвоты не было. Стула не было со вчерашняго утра. t° веч. 39,1.

19/IV. t° утр. 37,3. Пульсъ 90. Вчера былъ нормальный стулъ. Спала хорошо, голова не болитъ. Болѣзненность въ области слѣпой кишки замѣтно уменьшилась.

20/IV. t° утр. 36,5. Пульсъ 80. Спала хорошо. Стулъ былъ жидкій, безъ боли. Боль въ области слѣпой кишки исчезла; животъ неболѣзненъ даже при грубомъ надавливаніи.

Остальные дни t° нормальная. Боли исчезли. Стулъ сталъ нормальнымъ.

23/IV. Больная выписалась, какъ вполнѣ оправившаяся.

№ 47. *Марія Стеф.*, жнщ., замуж., 32 лѣтъ. Поступила въ больницу 5 апрѣля 1897 г. Выписалась 29 апрѣля.

Anamn. До настоящей болѣзни больная всегда была здорова, но около 3 лѣтъ, какъ лечится отъ малокровія. Отправленіе желудочно-кишечнаго тракта всегда было безукоризненно. Мѣсячныя начались на 15-мъ году. На 22-мъ году вышла замужъ. Menses черезъ 4 недѣли по 2—3 дня—безболѣзненны. 3 раза рожала и 1 разъ выкинула (до послѣдняго ребенка). Первые 2 ребенка умерли, послѣднему 4-й годъ.—За недѣлю до настоящей болѣзни у больной былъ ежедневный, но не частый (2—3 раза въ день) поносъ. Въ ночь съ 29-го на 30-ое марта, сразу появились сильныя боли въ нижней правой половинѣ живота, боли колющія и схваткообразныя. На слѣдующій день больная принила касторки, отъ которой прослабѣло, послѣ чего больная почувствовала облегченіе, хотя боли живота справа все еще держались. На слѣдующій затѣмъ день былъ поставленъ клистиръ, который повторялся уже ежедневно до дня поступленія въ больницу. Послѣ клистира каждый разъ былъ стулъ. Аппетита все время не было. Внутрь больная принимала настойку опія по 10 капель 2—3 раза въ день и держала ледъ на правой подвздошной области. За день до поступленія въ область слѣпой кишки была втерта ртутная мазь. Со дня на день самочувствіе больной

случалось, но развилась общая слабость. По совѣту пользовавшаго врача больная поступила въ больницу.

St. praes. Больная выше средняго роста и правильнаго тѣлосложенія. Подкожная жировая клѣтчатка развита умѣренно. Губы запекшіяся, языкъ обложенъ, влажный. Со стороны грудныхъ органовъ никакихъ уклоненій отъ нормы не обнаруживается. Животъ слегка вздутъ, асимметрія его едва напряжены. Асимметріи не замѣчается. Ощупываніе вызываетъ боль только in reg. ileo-coecalis, гдѣ прощупывается инфильтратъ, не рѣзко ограничивающійся и выполняющій подвздошную ямку на пространствѣ: внизу до Пупартовой связки, кнутри на 4 поперечныхъ пальца отъ sp. ant. sup. и вверхъ до реберной дуги. Вслѣдствіе инфильтрата при надавливаніи получается gargouillement. Перкуторный тонъ надъ инфильтратомъ притупленный, переходящій кнаружи вверхъ въ печеночную тупость. Изслѣдованіе *per vaginam*: своды свободны, матка подвижна, инфильтрата не прощупывается. Изслѣдованіе per rectum также не обнаруживаетъ ничего ненормальнаго. Пульсъ 104. Дых. 24. Ord.: опій, камфора и ледъ.

6/IV. t° утр. 38,4. Боли справа стихли; при ощупываніи живота едва замѣтная болѣзненность t° веч. 37,2. Опій и камфора отмѣнены. Ледъ по прежнему.

7/IV. t° утр. 38,4. Пульсъ 120. Дых. 24. Вчера былъ произвольный нормальный стулъ. Губы остаются запекшимися. Языкъ сухой, густо обложенъ. Инфильтратъ какъ будто увеличился. Болѣзненность еще незначительная.

8/IV. t° утр. 37,9. Пульсъ 100 Дых. 24. Сегодня былъ произвольный жидковатый стулъ. Инфильтратъ немного опустился. Перкуторный тонъ надъ нимъ болѣе затушенный, а по передней axillar'ной линіи совершенно глухой и переходитъ безъ перерыва въ печеночную тупость. Языкъ болѣе влажный и менѣе обложенъ. Мочи 400 куб. с., удѣл. вѣс. 1,025. Въ мочѣ, *индикана* также нѣтъ. t° веч. 38,5.

9/IV. t° утр. 37,9. Пульсъ 102. Дыханіе 36—почти реберное. Вчера еще разъ былъ произвольный жидкій, необильный стулъ. Инфильтратъ въ томъ же положеніи. Языкъ обложенъ. t° веч. 38,6.

10/IV. t° утр. 37,0. Пульсъ 90. Дыханіе 24. Ночью спала хорошо. Вчера, начиная съ 4 ч. вечера, больная стала чувствовать замѣтное облегченіе. Въ состояніи инфильтрата сегодня наступило замѣтное измѣненіе: онъ сталъ не такъ плотенъ, границы его совершенно стушевались; при ощупываніи получается рѣзко выраженное gargouillement. Перкуторный тонъ спереди вполнѣ кишечный, безъ всякаго затушенія, сбоку по l. axillaris ant. тонъ пріобрѣлъ тимпаническій оттѣнокъ, хотя и остается еще затушеннымъ. Болѣзненность при ощупываніи незначительна. Утромъ былъ произвольный жидкій и довольно обильный стулъ. Ватры отходятъ. Языкъ еще обложенъ. t° веч. 37,0.

11/IV. t° утр. 36,6. Пульсъ 80. Дыханіе 20—реберное. Подъ утро былъ жидкій и обильный стулъ. Инфильтратъ немного плотнѣе, чѣмъ вчера. Болѣзнен-

ность незначительна. Язык обложенъ, но влажный. *Микроскопическое изслѣдованіе испражненій* обнаружило очень много—болѣе сотни въ каждомъ полѣ зрѣнія—гнойныхъ тѣлецъ и чрезвычайно большое количество палочковидныхъ бактерій. t° веч. 36,9.

12/IV. t° утр. 36,5. Пульсъ 76. Дыханіе 24—преимущественно реберное. Инфильтратъ значительно уменьшился, ограничивалась областью sp. ant. sup., по l. axillaris и въ подсячичной области прежней резистенціи нѣтъ, и перкуторный тонъ здѣсь тимпаническій, хотя еще нѣсколько загашенный. Языкъ менѣе обложенъ. Стула за эти сутки не было. t° веч. 36,6.

13/IV. t° утр. 36,4. Сегодня подъ утро прослабило. Стулъ жидкій съ нѣсколькими твердыми каловыми массами. Резистентность сегодня больше. Перкуторный тонъ надъ резистентностью почти тупой и продолжается до подребернаго и отсюда идетъ поперекъ живота надъ пупкомъ налѣво (содержимое col. ascend. et transv.). Резистентность въ подвздонной ямкѣ однако много меньше, чѣмъ была нѣсколько дней тому назадъ и не соотвѣтствуетъ степени тупости (содержимое слѣпой кишки, а не инфильтратъ вокругъ нея, какъ было раньше?). *Въ испражненіяхъ* на этотъ разъ гнойныхъ тѣлецъ значительно меньше, чѣмъ прежде. t° вет. 36,6.

14/IV. t° утр. 36,2. Два раза былъ стулъ. Въ остальномъ по прежнему. t° веч. 36,5.

15/IV. t° 36,5. Утромъ былъ жидковатый стулъ. Инфильтратъ занимаетъ только небольшую область кнутри отъ sp. ant. sup. Часть же подвздонной ямки на 2½ поперечныхъ пальца надъ Пупартовой связкой пуста. *Перкуссіей обнаруживается, что толстая кишка по всему протяженію переполнена каломъ.* Небольшое урчаніе въ области слѣпой кишки. t° веч. 36,7.

16/IV. t° утр. 36,5. Вчера еще разъ прослабило, а также и сегодня утромъ. Стулъ полужидкій, обильный. Уплотненіе почти все исчезло, остались едва ощутимые слѣды. *Перкуторный тонъ надъ всей подвздонной ямкой, а также и по всему протяженію толстыхъ кишекъ тимпаническій.* Малѣйшее надавливаніе на слѣпую кишку вызываетъ сильное урчаніе. Перемѣна льда на компрессѣ вначалѣ вызвала боль, скоро однако исчезнувшую. Языкъ все еще остается обложеннымъ, хотя значительно меньше. *Въ испражненіяхъ* все еще встрѣчаются *гнойныя тѣльца* но то 1—1½ десятку на поле зрѣнія, а также много мышечныхъ волоконъ. t° вет. 36,8.

Остальные дни t° нормальная; боли стихли. Стулъ нормальный и ежедневный.

29/IV. Больная выписалась, какъ вполнѣ выздоровѣвшая, но на внутренней тазовой стѣнкѣ все еще прощупывалось небольшой величины плоское уплотненіе.

№ 48. *Эмилія М.*, дѣв., кресть., 21 года. Поступила 6-го апрѣля 1897 г. Выписалась 11-го мая.

Anamn. Съ 10 часовъ вечера 5-го апрѣля у больной *внезапно* начались сильнѣйшія боли въ животѣ; боль была равномѣрная по всему животу. Къ утру

6-го апрѣля боли локализировались внизу живота, равномѣрно по обѣ стороны. Рвоты не было. Слабило нормально утромъ 5-го и жидко въ ночь на 6-ое апрѣля. въ 2 часа ночи t° 37,9; въ 9 часовъ утра t° 38,5. Регулы были 2 недѣли назадъ.

St. praes. 6/IV. Больная средняго роста, хорошаго питанія, но злокачества. Легкія и сердце не обнаруживаютъ никакихъ уклоненій отъ нормы. Селезенка не увеличена. Сильная болѣзненность по всему животу при дотрогиваніи, наибольшая же болѣзненность въ нижней части живота. *Per vaginam*: uterus не увеличенъ, вскудата не прощупывается, но оба свода чувствительны. 38/5. Пульсъ 80. Ord.: Коденнъ, ледъ и клизма.

7/IV. t° утр. 37,8. Пульсъ 76—правильный. Рвоты не было. Стулъ вчера вечеромъ послѣ клизмы и сегодня утромъ также послѣ клизмы. Стулъ твердыми нормальными массами. Селезенка немного увеличена. Языкъ обложенъ, по краямъ красный. Розеолъ нѣтъ. Моча діазореакціи не даетъ, безъ бѣлка и форменныхъ элементовъ. Боли въ животѣ локализируются выше, чѣмъ вчера; справа болѣзненность больше. *Per vaginam*: своды стоятъ высоко, матка подвижна. t° вет. 38,6.

8/IV. t° утр. 37,5. Пульсъ 76. Языкъ умѣренно обложенъ. Вздутіе живота рѣзко уменьшилось. Боль локализирована въ reg. ileo-coecalis, хотя въ меньшей степени существуетъ и въ лѣвомъ подреберьѣ. Спала ночь удовлетворительно. Рвоты не было. t° вет. 37,8.

9/IV. t° утр. 37,1. Пульсъ 68—правильный. Общее состояніе вполнѣ хорошее. Боли рѣзко уменьшились. t° вет. 37,2.

10/IV. t° утр. 36,1 Пульсъ 68—правильный. Общее состояніе хорошее. Животъ не болѣзненъ. Послѣ клизмы стулъ. t° веч. 36,5.

11/VI. t° утр. 36,5. Выписана вполнѣ здоровой.

№ 49. *Софья Яковл.*, 25 лѣтъ. Поступила въ больницу 3-го мая 1897 года; выписалась 18-го мая.

Anamn. Въ дѣтствѣ перенесла корь и скарлатину. 2 года тому назадъ былъ тифъ. Послѣ тифа иногда болѣлъ животъ, но не сильно и не продолжительно. Ни запоромъ, ни поносомъ не страдала. Регулы на 16-мъ году, черезъ 4 нед. по 4—5 дней. Не рожала и не выкидывала. 1½ года тому назадъ были бѣли.

Заболѣла 28-го апрѣля. За день до этого чувствовала боль въ правой сторонѣ живота и боль при ходьбѣ, въ этотъ же день больная ѣла много апельсиновъ. На слѣдующій день (28-го) боли въ правой половинѣ живота усилились, появилась рвота, скоро, однако, прекратившаяся. Хотя въ этотъ день была произвольный стулъ, однако больная вечеромъ приняла касторки отдѣльными небольшими порціями, отъ которой прослабило только черезъ сутки (29-го). 30/IV было сдѣлано промывательное, вызвавшее небольшой стулъ. Съ 30-го больную пользовалъ врачъ, прописавшій еще разъ (1/V) клизму, порошки и ледъ на животъ. Съ 1/V стула не было, вѣтры отходили скудно. Все время боли живота держались постоянно и не ослабѣвая, отдавая въ правое бедро. Аппетита не было.

Съ мѣсяцъ больная кашляетъ, но въ послѣднее время меньше.

t° 29-го и 30-го апр.—39,5°; затѣмъ спала, но не ниже 38°.

St. praes. Больная правильнаго тѣлосложенія; немного блѣдна. Подкожная жировая клѣтчатка развита скудно. Кожа и бѣлки глазъ слегка иктеричны. Со стороны легкихъ и сердца никакихъ уклоненій отъ нормы не обнаруживается. Дыханіе реберное, поверхностное—24. Пульсъ крѣпкій, 100.

Животъ симметричный, умѣренно вздутый, немного выдается справа надъ crista ilei. Ощупываніе живота весьма болѣзненно справа. Болѣзненная область имѣетъ рѣзкія границы отъ остальной части живота, именно она занимаетъ почти всю правую половину живота, начиная отъ наружнаго края правой прямой мышцы кнаружи и переходя внизу до срединной линіи. Правая прямая мышца напряжена. Правая поясничная область сравнительно съ лѣвой немного выпячена.

Въ предѣлахъ болѣзненной области прощупывается опухоль, занимающая всю названную область и дающая ближе къ срединной линіи притупленный перкуторный тонъ, а ближе кнаружи—тупой. Притупленіе переходитъ въ печеночную тупость безъ всякаго перерыва. Яснаго зыбленія опухоли не получается. Мочиться сама больная не можетъ. t° 38,6°. Ord.: опій и ледъ.

5/v. t° утр. 37,1. Пульсъ 92. Дыханіе 24. Общее состояніе больной лучше. Языкъ влажный, менѣе обложенъ. Болѣзненность живота также значительно меньше, такъ что легче удается прощупывать инфильтратъ. Довольно сильная болѣзненность держится въ поясничной области. Вѣтры отходятъ, есть позывы на низъ.

6/v. t° веч. 36,8. Пульсъ 92. Дыханіе 20. Вчера послѣ изслѣдованія, производившагося многократно, появились сильныя боли живота, стихшія, однако, сегодня, хотя ощупываніе еще болѣзненно. Инфильтратъ въ томъ же состояніи. Моча нейтральной реакціи, удѣльнаго вѣса 1,015. Бѣлка и индикана нѣтъ. t° веч. 36,7.

7/v. t° утр. 36,8. Пульсъ 80. Дыханіе 20. Самочувствіе больной сегодня значительно лучше. Вчера вечеромъ боли живота справа сильно обострились, но сегодня къ утру почти совершенно стихли. Вздутія живота нѣтъ. Болѣзненность справа незначительна. При ощупываніи живота тотчасъ кнутри отъ инфильтрата получается своеобразное gargouillement—мелкопузырчатое, какъ хрустъ снѣга. Инфильтратъ плотный, перкуссія надъ инфильтратомъ даетъ совершенно тупой тонъ. Область притупленія начинается по линіи на 1½ пальца кнутри отъ sp. ant. sup. и распространяется кнаружи, переходя въ поясничную область, гдѣ болѣзненность въ противоположность предыдущимъ днямъ незначительна. Вѣтры отходятъ. До сихъ поръ больная мочилась сама, но сегодня моча выпущена катетромъ—около 700 куб. сптм. t° веч. 37,2.

8/v. t° утр. 36,5. Больная чувствуетъ себя хорошо, Ночь спала отлично. Появился аппетитъ. Съ клизмой отошло немного твердыхъ каловыхъ массъ. Есть позывы на низъ. Языкъ довольно чистый и влажный. Субъективныя боли живота

прекратились совершенно. Ощупываніе также безболѣзненно. Инфильтратъ немного уменьшился. Gargouillement. t° веч. 36,9.

9/v. t° утр. 36,5. Самочувствіе больной прекрасное. Послѣ клизмы былъ стулъ съ нормально сформированными массами. Въ испражненіяхъ, изслѣдованныхъ микроскопически, гнойныя тѣльца обнаружены въ очень маломъ количествѣ. Инфильтратъ значительно уменьшился. Перкуторный тонъ надъ нимъ кишечный, хотя немного заглушенный. Gargouillement сегодня нѣтъ. Моча безъ бѣлка и индикана. t° веч. 36,5.

10/v. t° утр. 36,4. Вчера послѣ клизмы хорошо прослабило твердыми каловыми массами. Общее состояніе прекрасное. Больная чувствуетъ себя вполнѣ здоровой. Инфильтратъ еще уменьшился; границы его уже не такъ рельефны. Болей никакихъ. t° веч. 36,7.

11/v. t. 36,5. Вчера былъ произвольный полужидкій стулъ. Въ испражненіяхъ микроскопически найдены гнойныя тѣльца въ количествѣ 50 тѣлецъ на поле зрѣнія. Самочувствіе больной прекрасное. Повышенная резистентность справа еще держится. t° веч. 36,8.

12/v. t° утр. 36,5. Стула не было. Резистентность справа сегодня нѣсколько увеличилась. t° веч. 36,5.

13/v. t° утр. 36,7. Послѣ клизмы прослабило мало. Болей накакихъ. Самочувствіе прекрасное. f° веч. 37,0.

14/v. t° 36,6. Послѣ клизмы прослабило очень хорошо. Резистентность осталась незначительная. Больной позволено сидѣть. t° веч. 36,5.

15/v. 16/v и 17/v t° нормальная.

18/v. t° утр. 36,5. Вчера былъ 2 раза произвольный, вполнѣ нормальный стулъ. Болей ни произвольныхъ, ни при ходьбѣ, ни при ощупываніи совершенно нѣтъ. Нѣкоторая резистентность выше sp. ant. sup. еще держится. Больная выписана.

№ 50 см. выше.

№ 51. *Ольга Кл.* Крест. вд., 57 лѣтъ. Поступила въ больницу 25-го сентября 1897 г., выписалась 30-го октября.

Anamn. Больна 2-й день сильною болью въ животѣ, преимущественно въ подвздошно-слѣпой области и тошнотой. Рвоты не было. Стулъ былъ правильный. Рожала 5 разъ, 1 разъ выкинула. Menstrua прекратились лѣтъ 7 т. назадъ.

St. praes. Больная средняго роста, хорошаго сложенія и питанія. Насморкъ. Легкія свободны. Сердце съ чистыми тонами. Печень и селезенка увеличены. Животъ болѣзненъ, особенно въ подвздошно-слѣпой области, гдѣ даже легкая пальпація вызываетъ сильную боль. Всегда былъ жидкій стулъ. Hernia crural. sin. mobil. Ord.: опій и ледъ.

26/IX. t° утр. 37,6. Пульсъ 92. Боль въ подвздошно-слѣпой области немного уменьшилась; тошноты и рвоты нѣтъ; стула не было. t° веч. 38,3.

27/IX. t° утр. 37,1. Пульсъ 78. Боль въ подвздошно-слѣпой области продолжается, хотя, немного ослабѣла. Стула не было. Тошноты и рвоты нѣтъ. t° веч. 37,4.

28/IX. t° утр. 37,0. Пульсъ 86. Боль въ подвздошно-слѣпой области значительно ослабѣла, такъ что пальпація не представляется такой мучительной, какъ раньше. Стула не было. Появилась болѣзненность при движеніяхъ въ правомъ плечѣ. t° веч. 36,7

Остальные дни t° нормальная. Стулъ правильный. Опухоль вскорѣ совершенно исчезла, также и болѣзненность.

3/IX. больная выписана.

№ 52. *Антонина Ал.* дѣв. 23 лѣтъ. Поступила 13-го октября 1897 года. Anamn. Заболѣла 2-го или 3-го октября головною болью и болью живота въ области слѣпой кишки. Дни черезъ 2 присоединились довольно частые поносы, съ болью и продолжались въ теченіе 5 дней, сильнившись запорами. Послѣдній стулъ былъ 12-го октября. Боли въ области слѣпой кишки держались все время то обостряясь, то стихая, болѣе сильныя боли были въ періодѣ поносовъ. Боли съ перваго же дни отдавали въ ногу и поясницу. Ни рвоты, ни тошноты не было Больная все время оставалась на ногахъ и несла обычныя занятія, хотя t° иногда поднималась до 39,3°. 13-го октября боли достигли сильнѣйшей степени, присоединилось головокруженіе и общая слабость, такъ что больная принуждена была слечь въ постель. Въ этотъ же день появился насморкъ и небольшой кашель легкая инфлюэнца).

St. praes. Больная выше средняго роста, правильнаго тѣлосложенія и очень хорошаго питанія. Глаза блестящіе, носъ заложенъ, губы запекшіяся, языкъ обложенъ, но влажный. Въ легкихъ высушиваются разсѣянные немногочисленные хрипы. Сердце нормально. Животъ умѣренно вздутъ, симметричный, ощупываніе безболѣзненно, исключая правой подвздошной области, гдѣ прощупывается выше и внутри отъ sp. ant. sup. уплотненіе безъ опредѣленныхъ границъ, очень чувствительное къ малѣйшему надавливанію. Брюшная стѣнка правой половины живота надъ уплотненіемъ напряжена. Перкуторный тонъ здѣсь тупотимпанический Стула не было. Сильная головная боль. t° веч. 38,8. Ord.: спій и ледъ.

14/IX. t° утр. 37,5. Пульсъ 60. Спала хорошо. Съ утра чувствовала себя лучше, но къ 2 ч. дня появились сильныя схваткообразныя боли въ правой подвздошной области. Брюшная стѣнка надъ уплотненіемъ менѣе напряжена, такъ что уплотненіе прощупывается ясно, именно въ видѣ довольно толстаго тяжа, очень болѣзненнаго на ощупь. Стула не было, языкъ чище. t. веч. 38,3.

15/IX. t. утр. 37,3. Пульсъ 72. Спала хорошо. Самочувствіе значительно лучше, Боли уменьшились. Уплотненіе все еще очень болѣзненно. Стула не было. t° веч. 37,8.

16/IX. t° утр. 37,1. Пульсъ 60. Больная чувствуетъ себя хорошо. Боли живота

справа нарѣдка. Правая подвздошная область значительно менѣе болѣзненна на ощупь, а также инфильтратъ, который какъ будто уменьшился. Появился рѣзко выраженный gargouillement въ области слѣпой кишки. Языкъ чистый. Насморкъ почти прошелъ. Голова не болитъ. Стула не было. t. веч. 37,6.

21/IX. t° утр. 37,3. Животъ совершенно не болитъ. При ощупываніи въ глубинѣ все еще обнаруживается уплотненіе, величиною въ грецкій орѣхъ, слегка болѣзненное при давленіи. Рѣзко выраженное gargouillement въ слѣпой кишкѣ. Общее состояніе и самочувствіе прекрасное.

№ 53. *Корнеля Б.*, кр., замуж., 34 лѣтъ. Поступила въ больницу 9-го ноября 1897 г. Выписалась 28-го ноября.

Anamn. Заболѣла 11 дней тому назадъ: внезапно появилась боли въ правой подвздошной области, ознобъ и жаръ. Стулъ въ этотъ день былъ задержанъ и больная приняла касторки, отъ которой былъ раза 3 стулъ. Въ послѣдующіе дни стулъ вызывался ежедневно клистиромъ. Боли въ правой подвздошной области держались все время до поступленія въ больницу. Дни черезъ 4 отъ начала болѣзни больная начала ощущать въ названной области опухоль, изо дня въ день все увеличивавшуюся. Въ клиникѣ часто болѣла, впослѣдствіи же никогда не была больна и подобной болѣзнью не страдала. Нѣсколько лѣтъ больная имѣетъ геморрой и запоръ. Мѣстно лечилась компрессами, втираніемъ ртутной мази и смазываніемъ tinct. jodi. Menses къ 14 году, черезъ 4 недѣли по 4 дни, безъ болей Послѣдній 13 дней тому назадъ, въ срокъ.

St. praes. Больная выше средняго роста, правильнаго тѣлосложенія и удовлетворительнаго питанія, нѣсколько анэмична. Языкъ немного обложенъ, влажный. Сердце и легкія нормальны. Животъ вялый, мягкій и безболѣзненный. Въ правой подвздошной области надъ Пупартовой связкой уже на глазъ видно нѣкоторое возвышеніе. При ощупываніи опредѣляется шаровидная, довольно рѣзко ограниченная, слегка бугристая, болѣзненная опухоль, плотно сидящая на днѣ подвздошной ямки соотвѣтственно средней трети Пупартовой связки; величина опухоли въ куриное яйцо. 3-й день не было стула. Вѣтры отходятъ. Per vag.: uterus in anteflex., позвижна, прощупывается правый яичникъ ниже опухоли, плотной и неподвижно сидящей въ большомъ тазу. t° 37,9. Ord.: Ледъ.

11/XI. t° утр. 36,6. Пульсъ 60. Сегодня утромъ былъ жидкій стулъ. Опухоль почти безъ измѣненій. Языкъ чистый; самочувствіе прекрасное. t° веч. 36,7.

12/XI. утр. 36,8. Пульсъ 66. Утромъ былъ полужидкій необильный стулъ. Опухоль какъ будто уменьшились. Общее состояніе хорошее. t° веч. 36,5.

Послѣдующіе дни t° нормальная. Стулъ задержанъ. Опухоль медленно уменьшилась.

20/XI. t° утр. 36,8. Пульсъ 76. Опухоль значительно уменьшилась, оставшись въ видѣ плотнаго тяжа толщиною въ палецъ; на ощупь еще болѣзненна. Въ области опухоли — gargouillement. Ночью былъ жидкій стулъ. Самочувствіе прекрасное. t° веч 37,3.

21/xi. t° утр. 36,9. Пульсъ 74. Вчера появился поносъ и боли живота. Опухоль безъ перемѣны. t° веч. 37,0. Ord. Opii.: 0,015. № 4. Компрессъ на животъ.

22/xi. t° утр. 36,9. Пульсъ 90. Поносъ и боли живота продолжаются. Животъ умѣренно вздутъ и слегка болѣзненъ. Опухоль плотная, неподвижная и мало болѣзненная, немного увеличилась и стала болѣе разлитой. t° веч. 37,1.

№ 20/xi. t° утр. 36,8. Пульсъ 68. Самочувствіе удовлетворительное. Боли живота стихли. Поносъ до 6 ч. утра былъ частый, но съ 6 ч. прекратился. Животъ мягкій, нездатый и безболѣзненный. Опухоль уменьшилась до величины жгута въ палецъ толщиною, почти совершенно безболѣзнена. t° веч. 37,2.

Послѣдующіе дни стулъ правильный, t° нормальная.

28/xi. t° утр. 36,6. Былъ жидкій стулъ. Опухоль значительно меньше, хотя еще прощупывается въ видѣ жгута, почти совершенно безболѣзненна. Регулы прекратились. Больная выписана.

№ 54. *Аграфена Гр.*, крест. дѣв., 16 лѣтъ. Поступила въ больницу 19-го ноября 1897 г. Выписалась 12-го декабря.

Anamn. Заболѣла 6 дней тому назадъ: ночью появились сильныя боли въ области слѣпой кишки, распространившіяся въ послѣдующіе дни на весь животъ. Рвота была за 2 дня до поступленія. Первые 2 дня болѣзни больная оставалась на ногахъ. Раньше всегда была здорова. Стулъ вообще нормальный, но послѣ заболѣванія былъ задержанъ 2 дня, на 3-й день было одно исправленіе, затѣмъ опять 2 дня задержка. Menses на 14-мъ году, черезъ 4 недѣли по 4—5 дней безъ болей; послѣдніе окончились 15-го ноября.

St praes. Животъ умѣренно вздутъ, брюшные покровы напряжены. Болѣзненность при ощупываніи по всему животу умѣренная, исключая области внутренняго конца Пупартовой связки, гдѣ болѣзненность наибольшая и гдѣ прощупывается немного повышенная резистенція. Прощупать что либо опредѣленнаго не удается. Перкуторный тонъ вездѣ ясный. Per vaginam: hymen цѣлъ, uterus небольшой, въ antefl., правый сводъ укороченъ, опухоли нигдѣ не прощупывается, равно и особенной болѣзненности въ тазу. Комбинированное изслѣдованіе невозможно. Моча слабо-кислой реакціи, уд. вѣса 1.018, Бѣлка нѣтъ. t° повышалась до 39,0. Ord.: Opii и ледъ.

21/xi. t° утр. 37,9. Пульсъ 92. Дыханіе 27. Ночь спала хорошо. Языкъ сильно обложенъ. Боли живота стихли, только сильное урчаніе. Стула не было, вѣтры не отходятъ. Животъ умѣренно вздутъ и немного напряженъ. Болѣзненность только справа внизу вблизи, срединой линіи. Наружная половина правой подвздошной ямки свободно ощупывается, только во внутренней половинѣ вблизи средней линіи, гдѣ болѣзненность, опредѣляется уплотненіе безъ опредѣленныхъ границъ. Перкуторный тонъ по всему животу тимпаническій. t° веч. 38,7.

22/xi. t° 37,4. Пульсъ 80. Дыханіе 26. Ночь изъ за болей живота спала плохо. Языкъ густо обложенъ. Стула не было, хотя на низъ были позывы. Вѣтры

отходятъ. Уплотненіе и болѣзненность справа больше, чѣмъ вчера. Животъ умѣренно вздутъ, въ остальныхъ частяхъ небользненъ. t° веч. 37,5.

23/xi. t° утр. 37,5. Пульсъ 70. Дыханіе 22. Языкъ много чище. Ночь изъ за болей живота спала плохо. Стула не было, вѣтры не отходятъ. Животъ не вздутъ, мягокъ и безболѣзненъ, уплотненіе справа значительно уменьшилось и мало болѣзненно. Перкуторный тонъ вездѣ тимпаническій. t° веч. 38,2.

24/xi. t° утр. 37,2. Пульсъ 72. Дыханіе 20. Языкъ обложенъ. Вечеромъ были сильныя боли живота, стихнувшія къ 1 ч. ночи. Тошноты и рвоты нѣтъ. Стула не было. Вѣтры отходятъ. Животъ не вздутъ, правая половина его сегодня болѣе напряжена, болѣзненность справа надъ лобкомъ больше, а также сегодня ясибе, чѣмъ вчера, выражена здѣсь повышенная резистенція. t° веч. 38,1.

25/xi. t° утр. 37,9. Пульсъ 92. Дыханіе 18—поверхностное. Языкъ чище. Ночь спала хорошо. Самочувствіе удовлетворительно. Животъ умѣренно вздутъ и слегка напряженъ. Правая половина его надъ лобкомъ очень болѣзнена. Здѣсь сегодня ясно прощупывается уплотненіе, значительно увеличившееся сравнительно съ прежнимъ и занимающее большую часть подвздошной впадины, начиная отъ средней линіи. Между уплотненіемъ и sp. ant. остается свободная отъ него полоска, гдѣ при ощупываніи получается gargouillement. Уплотненіе очень болѣзненно на ощупь. Перкуторный тонъ надъ нимъ притупленно-тимпаническій. Стула не было. Вѣтры отходятъ. t° веч. 38,6.

26/xi. t° утр. 37,7. Пульсъ 90. Дыханіе 24. До 12 ч. ночи были сильныя боли живота и тошнота; съ 12 ч. боли стихли и больная спала. Языкъ обложенъ. Животъ вздутъ въ области пупка и больше слѣва. Брюшныя стѣнки слегка напряжены. Наибольшая болѣзненность надъ лобкомъ вправо отъ срединой линіи, уплотненіе здѣсь сегодня какъ будто меньше, но болѣзненность распространяется на большую область, чѣмъ вчера. Стула не было. Вѣтры отходятъ. t° веч. 37,4.

27/xi. t° утр. 36,8. Пульсъ 64. Дыханіе 18. Языкъ чище. Ночь спала плохо. Животъ не болитъ, совершенно не вздутъ, мягкій. Болѣзненность немного ниже пупка; прежней же болѣзненности надъ лобкомъ совершенно нѣтъ, а также отъ бывшаго здѣсь уплотненія осталась едва замѣтная резистентность. Стула не было. Вѣтры отходятъ. t° веч. 36,7.

28/xi. t° утр. 36,4. Пульсъ 60. Дыханіе 18. Языкъ слегка обложенъ. Ночь спала хорошо. Животъ втянутъ, мягкій и совершенно безболѣзненный. Ниже и справа отъ пупка прощупывается нѣкоторое уплотненіе. Сама правая подвздошная ямка свободна, здѣсь нарѣдка получается gargouillement. Стула не было. Вѣтры отходятъ. Въ мочѣ легко опредѣляется индиканъ. t° веч. 36,6.

Послѣдующіе дни t° нормальная, опухоль стала быстро уменьшаться и скоро исчезла совершенно. Отъ вызывался клизмами.

12/xii. Больная выписалась, какъ совершенно выздоровѣвшая.

№ 55. *Устинья Ш.*, крест. вдова. 42 лѣтъ. Поступила въ больницу 12 декабря 1897 года, выписалась 20-го декабря.

Anamn. 10-го декабря вечеромъ появилась сильная боль во всемъ животѣ. 11-го разъ пять рвало. Рожала 6 разъ и 1 разъ выкинула. Menses по 7 дней, безъ болей.

St. praes. Хорошаго сложенія и питанія. Легкія, сердце нормальны. Печеночное заглушеніе маскируется тимпанитомъ. Животъ вздутъ, тѣстоватъ на ощупь и болѣзненъ при легкомъ надавливаніи. При перкуссіи получается тимпанитъ. t° 38,2. Ord.: опій и ледъ.

14/хп. t° 37,2. Пульсъ 80. Больная чувствуетъ себя лучше, боль живота не такъ сильна и сосредоточивается главнымъ образомъ въ подвздошно-слѣпой области. Моча безъ бѣлка. t° веч. 37,2.

15/хп. t°36,6. Пульсъ 84. Боли живота всюду значительно меньше. Menses. t° веч. 37,4.

16/хп. t° утр. 36,8. Пульсъ 72. Боли меньше. Въ остальномъ безъ перемѣны. t° веч. 36,9.

17/хп. t° утр. 36,5. Пульсъ 72. Болѣзненность живота главнымъ образомъ въ подвздошно-слѣпой области. t° веч. веч. 37,3.

18/хп. t° утр. 37,1. Пульсъ 76. Болѣзненность небольшая. Въ области слѣпой кишки прощупывается продолговатая опухоль небольшихъ размѣровъ. Стула не было. t° веч. 37,5.

19/хп. t° 36,9. Пульсъ 72. Послѣ клизмы былъ стулъ. Животъ безболѣзненъ. Опухоль въ области слѣпой кишки исчезла. t° веч. 37,2.

20/хп. t° утр. 37,0. Чувствуетъ себя хорошо. Болей нѣтъ. Выписана.

№ 56. *Екатерина Кон.*, крест. дѣв., 26 лѣтъ. Поступила въ больницу 20 декабря 1897 г. *Умерла* 24 декабря.

Anamn. 19-го декабря въ 5 ч. веч. появились сильныя боли въ правой сторонѣ живота. Стулъ все время раньше былъ нормальный, но въ день заболѣванія вечеромъ 2 раза жидкій. Ночью была рвота. Озноба не было. Menses правильны, послѣдніе 3 недѣли тому назадъ. Раньше всегда была здорова.

St. praes. Больная хорошаго питанія, но блѣдна. Языкъ обложенъ, кончикъ и края свободны. Животъ вздутъ и очень болѣзненъ въ подвздошно-слѣпой области. Притупленія здѣсь нѣтъ, прощупать же что либо изъ за сильнаго напряженія брюшныхъ стѣнокъ не удается. Селезенка перкуторно увеличена. Сердце и легкія нормальны. t° 39,3. Ord.: опій и ледъ.

21/хп. t° утр. 39,7. Пульсъ 120. Спала хорошо. Языкъ обложенъ. Стула не было. Рвоты не было. Животъ вздутъ, но небольненъ. Незначительное притупленіе въ подвздошно-слѣпой области, уплотненія однако не прощупывается. Самочувствіе больной лучше. Въ легкихъ сзади съ обѣихъ сторонъ притупленіе и ослабленное дыханіе. Сегодня пришли menses. При гинекологическомъ изслѣдованіи

ничего ненормальнаго. Въ мочѣ немного бѣлка, реакція на индиканъ отрицательны. t° веч. 39,6.

22/хп. t° утр. 37,8. Пульсъ 112. Дых. 30. Животъ вздутъ больше, діафрагма стоитъ высоко. Съ боковъ при перкуссіи получается притупленіе, исчезающее при перемѣнѣ положенія больной. *Пальпація живота мискольно не болѣзнена.* Рвоты не было. Стула не было, даже послѣ высокой клизмы. Per rectum никакой опухоли не опредѣляется. t° веч. 39,0. Clysma.

23/хп. t° утр. 38,4. Пульсъ 116. Дых. 36. Клизма съ глицериномъ не подѣйствовала. Общее состояніе больной довольно хорошее. Вздутіе живота увеличилось; съ обѣихъ сторонъ притупленіе, исчезающее при перемѣнѣ положенія. Полное отсутствіе болѣзненности живота. Со дни поступленія въ больницу по утрамъ singultus. Реакція на желчные пигменты дала положительный, хотя не рѣзко выраженный, результатъ. Отъ предложенной операціи больная рѣшительно отказалась.

Къ 6 ч. вечера наступила рѣзкая перемѣна въ состояніи больной. Пульсъ участился до 144, дых. до 40. Въ теченіи $1^1/_2$ ч. было 3 жидкихъ испражненій подъ себя. Животъ вздутъ, сильно напряженъ, но безболѣзненъ. Частая рвота. Безсознательное состояніе. t° 38,2.

24/хп. Въ 3 ч. утра exitus.

24/хп—частичное вскрытіе.

Протоколъ вскрытія (прив.-доц. д-ръ *А. И. Моисеевъ*). Въ полости живота содержится около $^1/_2$ литра жидкаго бѣлаго гной. Петли кишекъ сильно между собою фибринозно-гнойными эксудатомъ. Брюшина кишекъ и стѣнокъ живота помутнѣла и покрыта фибринозно-гнойнымъ налетомъ. Червеобразный отростокъ въ 7 стм. длиною съ хорошо развитой брыжейкой, отходитъ отъ внутре-заднаго угла слѣпой кишки тотчасъ надъ мѣстомъ впаденія подвздошной въ слѣпую кишку, и идетъ надъ слѣпой кишкой косо кнаружи вверхъ, достигая своей верхушкой наружной поверхности начала coli asc.; у основанія его имѣется прободающая язва, съ чечевичное зерно величиною, съ неровными, сѣрыми, рваными краями. Периферическая часть отростка проходима; въ просвѣтѣ мелкіе каловые камни. Слизистая оболочка вблизи прободенія содержитъ плоскія язвы съ красными краями. Центральный конецъ непроходимъ, зарощенъ.

Diagn. anatom. Peritonitis acuta purulenta diffusa. Appendicitis ulcerosa perforativa.

№ 57. *Матрена Еф.*, Крест. замуж., 25 лѣтъ. Поступила въ больницу 27-го февр. 1893 г.; выписалась 4-го марта.

Anamn. Около года, какъ больная страдаетъ болями живота внизу и справа и болями въ поясницѣ. За два послѣдніе мѣсяца боли увеличились и стали отдавать въ правую ногу. Во время мѣсячныхъ боли настолько обостряются, что больная не можетъ ходить и сидѣть, въ это же время появляются запоры, дефекація

становится болѣзненной. Во время послѣднихъ мѣсячныхъ, кончившихся 24 февр. боли достигли наибольшей степени, особенно 20 февр. въ сопровожденіи томноты. Обострение болей больная ставитъ въ связи съ поднятіемъ большой тяжести (2 мѣс. назадъ). Menses на 15 году черезъ 3 недѣли по 1 недѣли, обильныя, всегда съ болями. 2 раза рожала, правильно и живыми. Послѣднie роды 3 г. назадъ. Болей не было.

St. praes. Больная средняго роста, удовлетворительнаго питанія и сложенія. Животъ не вздутъ и не болѣзненъ. Въ подвздошно-слѣпой области прощупывается продолговатая опухоль, идущая въ косомъ направленіи кнаружи мимо sp. ant. sup. Опухоль эластична и болѣзненна на ощупь, даетъ притупленный тонъ. Область же непосредственно надъ Пупартовой связкой свободна и мало болѣзненна. Стула не было 3-й день. Неудержаніе вызываетъ колотья въ правомъ боку. t° 36,8. Ord.: ошй и ледъ.

28/ii. t° утр. 36,2. Боли живота справа небольшія. Языкъ слегка обложенъ. Стула не было. Сегодня опухоль не прощупывается, но нѣкоторая имѣется резистенція, довольно чувствительная при давленіи. При пальпаціи слѣпой кишки получается gargouillement. Въ мочѣ слѣды индикана, бѣлка нѣтъ. t° веч. 36,8.

1/m. t° 36,8. Языкъ чистый. Боли живота стихли, но въ поясницѣ еще держатся. Въ правой подвздошной ямкѣ *опять прощупывается* опухоль, мало болѣзненная. Стула не было. t° веч. 36,6.

2/m. t° утр. 36,8. Никакихъ перемѣнъ. Стула не было. t° веч. 36,9.

3/m. t° утр. 36,0. Вчера былъ стулъ. Боли живота стихли. Животъ мягкій и безболѣзненный. Въ правой подвздошной ямкѣ ничего не прощупывается. t. веч. 36.5.

4/m. t° утр. 36,0. Послѣ клизмы хорошо прослабило. Животъ и поясница не болятъ. Правая подвздошная ямка почти совершенно свободна. Небольшая болѣзненность еще держится при глубокомъ надавливаніи. Больная выписана.

№ 58. *Настасья Ник.*, крест. лѣв., 27 лѣтъ. Поступила въ больницу 9-го апрѣля 1898 г., выписалась 13-го апрѣля.

Anamn. Заболѣла ночью на 9-ое апрѣля болью живота. Подобные припадки были уже 2 раза раньше. Menses правильныя.

St. praes. Больная хорошаго питанія. Животъ не вздутъ, въ правой половинѣ живота болѣзненность и прощупывается повышенная резистенція, ясной же опухоли нѣтъ. Остальныя области живота безболѣзненны. Стулъ задержанъ. t° 37,7. Ord.: Ошй и ледъ.

10/iv. t° утр. 37,4. Пульсъ 68. Послѣ клизмы прослабило. Захѣтныхъ перемѣнъ нѣтъ. t° веч. 37,6.

11/iv. t° утр. 37,2. Пульсъ 72. Самочувствіе вполнѣ хорошее. Болѣзненность совсѣмъ прошла. Опухоли нѣтъ, есть только нѣкоторая резистенція. Стула не было. Моча безъ бѣлка. t° веч. 36.8.

12/iv. t° утр. 36,4. Пульсъ 72. Объективныя явленія тѣ же. Стула не было. t° веч. 37,2.

13/iv. t° утр. 36,8. Пульсъ 68. Стула не было. Болей нѣтъ. Чувствуетъ себя вполнѣ здоровой. Выписана.

№ 59. *Марія Бас.*, крест., замуж., 21-го года. Поступила въ больницу 3-го іюня 1898 года. Выписалась 25-го іюня.

Anamn. Заболѣла 28-го мая спазматическими болями въ правой подвздошной области живота. На слѣдующій день принала какіе-то порошки, но боли справа не прекращались всѣ эти дни. Стулъ былъ каждый день и нормальный. Дня черезъ 3—4 послѣ начала болѣзни, больная начала замѣчать уплотненіе въ правой подвздошной ямкѣ. Ни рвоты, ни тошноты не было, а также ни озноба, ни жара. Въ дѣтствѣ были сильныя боли живота. 2 года тому назадъ перенесла брюшной тифъ. Этотъ годъ были постоянныя боли подъ ложечкой. Menses на 17-мъ году, черезъ 3 недѣли по 3—4 дня. Рожала 1 разъ—8 мѣс. тому назадъ.

St. praes. Больная средняго роста, правильнаго тѣлосложенія и удовлетворительнаго питанія. Со стороны легкихъ и сердца ничего ненормальнаго. Пульсъ 90. Дыханіе 24. Животъ немного впалый. Правая нижняя часть выдается въ видѣ округлаго возвышенія. Животъ не болѣзненъ. Въ правой подвздошной ямкѣ прощупывается довольно рѣзко контурированная опухоль, въ среднее яблоко величиною. Опухоль лежитъ надъ Пупартовой связкой. Верхняя ея граница немного выше sp. ant. sup. Опухоль довольно болѣзненна въ наружной своей части, гдѣ имѣется притупленно-тимпаническій тонъ. Послѣдній стулъ сегодня утромъ. t° 37,5°. Ord.: Ошй и ледъ.

4/vi. t° утр. 36,8. Пульсъ 76. Дыханіе 24. Языкъ обложенъ. Ночь спала хорошо. Болей почти нѣтъ. Животъ впалый. Опухоль какъ будто меньше. Болѣзненность также меньше, притупленіе значительнѣе. Per vag., матка небольшая: in restroversione, подвижна. Правая труба утолщена. Черезъ правый сводъ прощупывается нижній болѣзненный сегментъ опухоли. Per rectum—прощупывается небольшое количество твердыхъ каловыхъ массъ, дно матки и вправо отъ нея—болѣзненный нижній сегментъ опухоли. Стула не было. t° веч. 37,3.

5/vi. t° утр. 36,4. Пульсъ 72. Дыханіе 24. Языкъ чище. Ночь спала хорошо. Болей нѣтъ. Опухоль въ томъ же видѣ, по перкуторный тонъ надъ нею сталъ совершенно тупой. Болѣзненность въ наружномъ сегментѣ еще держится. t° вечер. 37,0.

6/vi. t° утр. 36,6. Пульсъ 78. Опухоль въ томъ же видѣ. Общее состояніе хорошее. t° веч. 36,2.

7, 8 и 9/vi безъ перемѣнъ. Стулъ послѣ клизмы. t° нормальная.

10/vi. t° утр. 36,5. Пульсъ 66. Стула не было. Вѣтры отходятъ. Опухоль уменьшилась до величины куринаго яйца, совершенно безболѣзненна, лежитъ почти вплотную на стѣнкѣ подвздошной кости. Границы ея рѣзко выражены. Перкуторный тонъ притупленно-тимпанический. t° веч. 36,3.

11/VI. t° утр. 36,5. Стулъ былъ. St. idem. t° веч. 37,3.

12/VI. t° утр. 36,4. Стулъ былъ. Опухоль меньше, но такая же плотная. t° вет. 36,0.

13/VI. t° утр. 36,3. Стулъ правильный. Опухоль величиною въ грѣцкій орѣхъ. болѣе подвижная и болѣе мягкая, совершенно безболѣзненна. t° веч. 36,5.

Опухоль съ каждымъ днемъ все уменьшалась. Стулъ ежедневный и нормальный.

28/VI. Больная выписана. Въ глубинѣ подвздошной ямки едва прощупывался небольшой бугорокъ.

№ 60. См. выше.

№ 61. *Варвара Га.*, кресг., дѣв., 29 лѣтъ. Поступила въ больницу 30-го іюня 1898 г. Выписалась 7-го августа.

Anamn. Больна съ 28-го іюня головною болью, насморкомъ, общимъ недомоганіемъ и поносомъ. Menses на 20-мъ году, черезъ 6 недѣль. Не рожала.

St. praes. Больная средняго тѣлосложенія и питанія. Языкъ значительно обложенъ. Большой дефектъ въ твердомъ нёбѣ (Syphilis). Замѣтный насморкъ. Носовой голосъ. Легкія свободны, сердце нормально. Животъ умѣренно вздутъ, напряженъ и въ подвздошно-слѣпой области болѣзненъ. Печень не увеличена. Селезенка перкуторно увеличена, но не прощупывается. Стулъ 2 раза, жидкій. [Діагнозъ-инфлюэнца]. t° 335°. Ord.: Natr. salic.; Mag. Bismuth.

1/VI. t° утр. 38,0. Пульсъ 84. Слабило 4 раза. Болѣзненность въ подвздошно-слѣпой области по прежнему. Головная боль слабѣе. t° вет. 38,3.

2/VI. t° утр. 36,8. Пульсъ 72. Стулъ 3 раза жидкій, почти изъ чистой алой крови съ немногими темноватыми свертками. Тенезмы. Подвздошно-слѣпая область все еще болѣзнена. t° веч. 37,0. Natr. sal. отмѣнено Ol. ricini 15,0; Emuls. oleosa черезъ 2 ч.; ледъ на животъ.

3/VI. t° утр. 37,3. Пульсъ 76. Стулъ еще жидкій, крови нѣтъ. Боли живота по ходу всей толстой кишки, начиная съ подвздошно-слѣпой области. t° вет. 37,2.

4/VI. t° утр. 37,5. Пульсъ 68. Боли по ходу толстой кишки. Животъ не вздутъ. Стула не было. t° веч. 37,8.

5/VI. t° утр. 37,5. Пульсъ 68. Животъ менѣе болѣзненъ. Стула не было. t° вет. 38,9.

6/VI. t° утр. 38,0. Пульсъ 68. Языкъ обложенъ. Животъ не вздутъ, болѣзненъ въ подвздошно-слѣпой области и въ правомъ hypochondrium. Стулъ послѣ клизмы. Моча безъ бѣлка, но съ индиканомъ. t° вет. 38,9.

7/VI. t° утр. 37,6. Пульсъ 68. Животъ болѣзненъ только въ лѣвомъ hypochondrium. Боли въ вискахъ. t° вет. 38,7.

8/VI. t° утр. 38,0. Пульсъ 64. Боли живота только въ лѣвомъ hypochondrium. Стула не было. Кашля нѣтъ. Въ лѣвомъ легкомъ внизу сзади и сбоку притупленіе и мелкіе хрипы. t° веч. 38,3.

9/VI. t° утр. 37,5. Языкъ обложенъ. Животъ неболѣзненъ. Послѣ клизмы былъ

стулъ. Небольшой кашель; мокроты нѣтъ. Въ правомъ легкомъ сзади внизу немногочисленные хрипы. t° вет. 38,7.

10/VI. t° утр. 38,0. Пульсъ 96. Въ лѣвомъ легкомъ внизу и сзади немногочисленные хрипы; въ другихъ частяхъ обоихъ легкихъ ничего непормальнаго не обнаруживается. Животъ безболѣзненъ. Стулъ нормальный. t° вет. 38,0.

11/VI. t° утр. 37,4. Пульсъ 108. Въ легкихъ ничего ненормальнаго не обнаруживается. Языкъ обложенъ. Вчера появилась рвота. Животъ не вздутъ, на ощупь болѣзненъ. Стулъ 2 раза полужидкій. t° вет. 38,1.

12/VI. t° вет. 39,0. Пульсъ 130. Рвота продолжается. Животъ очень болѣзненъ, особенно въ подвздошно-слѣпой области, не вздутъ. Стулъ нѣсколько разъ жидкій. Сильная головная боль. t° вет. 38,5. Ord.: Opii p. 0,15. Черезъ 2 ч. Ледъ на животъ.

13/VI. t° утр. 37,4. Пульсъ 84. Языкъ густо обложенъ. Рвоты не было. Стула не было. Животъ немного вздутъ, но преимуществу въ подвздошно-слѣпой области, гдѣ наибольшая болѣзненность. t° веч. 39,3.

14/VI. t° утр. 38,5. Пульсъ 90. Сильная болѣзненность въ подвижно-слѣпой области. Вздутіе меньше. Стула не было. t° вет. 39,6.

15/VI. t° утр. 39,0. Пульсъ 96. Животъ немного вздутъ, особенно въ подвздошно-слѣпой области, гдѣ значительная болѣзненность. Стула не было. Въ легкихъ спереди ничего непормальнаго не обнаруживается. Кашель и мокрота. t° вет. 38,8.

16/VI. t° утр. 38,1. Пульсъ 180. Животъ умѣренно вздутъ и очень болѣзненъ въ подвздошно-слѣпой области и hypochondrium dext. Стула не было. Въ легкихъ ничего непормальнаго не обнаруживается. Головная боль. Кашель. t° вет. 37,8.

17/VI. t° утр. 37,5. Пульсъ 100. Кашель меньше. Боли живота ограничились исключительно подвздошно-слѣпой областью. Стулъ былъ. t° вет. 38,2.

18/VI. t° утр. 37,1. Пульсъ 86. Боли только въ подвздошно-слѣпой области. Былъ полужидкій стулъ. Кашель меньше. t° вет. 37,8.

19/VI. t° утр. 36,9. Пульсъ 88. Самочувствіе лучше. Стулъ полужидкій. Боли въ подвздошно-слѣпой области еще держатся. t° вет. 37,0.

20/VI. t° утр. 36,7. Пульсъ 84. Болѣзненность въ подвздошно-слѣпой области значительно меньше. Стула не было. Кашель значительно рѣже. t° вет. 37,2.

Остальные дни t° нормальная, самочувствіе прекрасное, только стулъ былъ задержанъ и вызывался клизмами. Послѣдніе 2 дня стулъ былъ произвольный.

7/VIII. Больная выписалась какъ вполнѣ оправившаяся.

№ 62. *Леонора Шт.*, мѣщ., замуж., 41 г. [Поступила въ больницу 22-го іюля 1898 г., выписалась 6-го августа.

Anamn. 5 дней тому назадъ появились схваткообразныя боли въ животѣ. Стулъ все время нормальный. Menses правильныя черезъ 4 недѣли по 3 дня. Рожала 8 разъ.

St. praes. Больная средняго сложенія и питанія. Языкъ обложенъ. Животъ мало вздутъ. Селезенка и печень нормальны. При перкуссіи животъ очень болѣненъ въ правой подвздошной области. Объ верхушки легкихъ еда притуплены, есть выдохъ съ обѣихъ сторонъ. Per vaginam: матка большая, in antéflexione et in retroversione, фиксирована. Правый сводъ совершенно свободенъ. t° 37,4. Ord.: Opii et Jodi.

24/VII. t° утр. 37,2. Пульсъ 76. Боли стихли. Ночь не спала. Стула не было. Чувствительность въ подвздошно-слѣпой области еще есть. t° веч. 37,0.

25/VII. t° утр. 36,0. Пульсъ 72. Боли опять появились. Ночь спала хорошо. Стула не было. Въ подвздошно-слѣпой области прощупывается уплотненіе безъ опредѣленныхъ границъ. При перкуссіи небольшое притупленіе тона. t° веч. 37.2

26/VII. t° утр. 37,0. Пульсъ 68. Стула не было. Опухоль прощупывается. Чувствительность по прежнему t° 37,4.

27/II. 37,4. t° утр. 36,5. Пульсъ 68. Произвольныхъ болей нѣтъ. Опухоль въ правой подвздошной области въ томъ же состояніи. Стула не было. t° 36,9.

Остальные дни t° нормальная; боли скоро совершенно стихли, и уплотненіе въ правой подвздошной ямкѣ исчезло. Стулъ подъ конецъ былъ нормальный.

4/VIII. Больная выписалась какъ совершенно поправившаяся.

№ 63. См. выше.

№ 64. *Екатерина Бор.* Крест. вл. 72 лѣтъ. Поступила въ больницу 24-го сентября 1898 года, выписалась 4-го октября.

Anamn. Раньше была совершенно здорова, только всегда страдала запорами. Заболѣла дня недѣли тому назадъ внезапно послѣ постныхъ щей. Послѣ того стула не было 3 дня, больная приняла касторку, послѣ которой хорошо прослабило. Животъ все время болѣлъ справа въ области слѣпой кишки. Ни тошноты, ни рвоты не было. Запоръ продолжался. Рожала 8 разъ.

St. praes. Больная средняго роста и удовлетворительнаго питанія. Животъ мягкій, довольно сильно болѣненъ справа, гдѣ въ fossa ileocoecalis прощупывается опухоль величиною въ кулакъ, опухоль болѣзненна. Перкуторный тонъ надъ нею притупленно, тимпаническій. t° 38,1. Ord.: Opii.

25/IV. t° 36,5. Больная чувствуетъ себя лучше. Животъ болитъ меньше. Область болѣзненности тоже уменьшилась. Опухоль почти безъ перемѣны, при опусканіи болѣзненна. Стула не было. t° веч. 36,5. Ord.: Opii omitte. Ледъ на животъ.

26/IX. t° утр. 36.9. Боли живота стихли. Опухоль лучше прощупывается и меньше болѣзненна. Стула не было. t° веч. 36,6.

26/IX. t° утр. 36,2. Сегодня былъ стулъ. Самочувствіе больной значительно лучше. Опухоль значительно уменьшилась, болѣзненность небольшая. t° веч. 37.1.

28/IX. t° утр. 36,5. Сегодня былъ стулъ. Только въ глубинѣ прощупывается нѣкоторая резистенція. Болѣзненности никакой. Языкъ обложенъ. t° веч. 37,1.

29/IX., 30, 1/X и 2-го t° нормальная.

2/X. 36,7. Въ глубинѣ подвздошно-слѣпой ямки на мѣстѣ опухоли прощупывается на пространствѣ нѣсколькихъ сантиметровъ уплотненіе, при надавливаніи безболѣзненное. t° 37,8.

3/X. t° утр. 36,6, веч. 37,2.

4/X. t° утр. 36,8. Области слѣпой кишки къ давленію безболѣзненна. Болей въ животѣ никакихъ нѣтъ. Больная выписана.

№ 65. *Матрена Т.*, кр., замужн., 42 лѣтъ; поступила 28-го сентября 1898 г. Выписалась 14-го октября.

Anamn. Заболѣла мѣсяцъ тому назадъ: внезапно появились боли живота, по-преимуществу справа. Въ день заболѣванія немного тошнило. До этого былъ поносъ. Боли держались весь мѣсяцъ, то обострялись, то стихая. Стулъ все время былъ нормальный. Послѣдніе дни боли усилились и стали отдавать въ правую ногу. Одновременно съ болями живота появились боли въ крестцѣ. Menses правильны, черезъ 3 недѣли по 3 дня, послѣдняя недѣлю тому назадъ. Рожала 1 разъ, 24 года тому назадъ. Недѣли 2 тому назадъ больная замѣтила въ испражненіяхъ ленточныя глисты.

St. praes. Больная средняго роста, худощава. Животъ не вздутъ и неболѣненъ, исключая правой подвздошной области, гдѣ прощупывается опухоль продолговатой формы, въ яблоко величиною. Опухоль лежитъ на уровнѣ Sp. ant. sup., эластична и немного болѣзненна, перкуторный тонъ надъ нею притупленно-тимпаническій. Въ крестцовой области справа, соотвѣтственно крестцово-подвздошному сочлененію, имѣется небольшая болѣзненность. t° 37,0. Ord.: Ледъ.

29/IX. t° утр. 36,5. Ночью былъ жидкій стулъ. Самочувствіе хорошее. Опухоль менѣе болѣзненна, но почти безъ измѣненія. Языкъ чистый, t° веч. 36,5.

30/IX. t° нормальная.

1/X. t° 36,4. Инфильтратъ меньше, животъ безболѣзненъ. Былъ стулъ. t° веч. 37,5

2/X. t° утр. 36,8. Въ состояніи больной перемѣнъ не замѣчается. t° веч. 37,4.

3/X. t° утр. 37,1. Инфильтратъ незначительный. Общее состояніе хорошее. Вчера былъ стулъ. t° веч. 37,4.

Съ 4-го/X по 6-е/X. t° нормальная, веч. 6-го/X. 37,8.

7/X. t° утр. 36,9. У больной инфильтратъ въ наружной верхней части около Sp. ant. sup. увеличился. Общее состояніе хорошее. t° веч. 36,4.

8/X. t° утр. 36,8. t° по 14-е/X нормальная.

14/X. утр. 36,6. Отправленія у больной нормальныя. Инфильтратъ въ правой подвздошной области, хотя не обширный, но послѣднее время упорно держится безъ всякихъ перемѣнъ. По консистенціи инфильтратъ совершенно плотный. На оперативное вмѣшательство больная не согласается.

№ 66. *Ам. Пик.*, замужн., крестьян., 20 лѣтъ. Поступила въ больницу 5/X. 1898 г. Выписалась 28 окт. 1898 года.

Anamn. Мѣсячныя на 18-мъ г., каждый мѣс. по 3—7—дня, обильныя, болѣзненныя до появленія и во время ихъ. Послѣдніе 8-го октября въ срокъ. Не рожала и не выкидывала. Заболѣла внезапно 3-го дня болями въ груди и во всемъ животѣ. Аппетита нѣтъ, сильная жажда. Стулъ нормальный. Раньше подобныхъ болей не было.

St. pr. Больная выше средняго роста, удовлетворительнаго питанія. Входъ въ рукавъ гиперимированъ; съ правой стороны на уровнѣ отверстія Вартолиновыхъ железъ—язва, маленькая, поверхностная. Выдѣленія грязныя, окрашенныя; своды болѣзненны. Матка небольшая. Вокругъ orif. ext. uteri эрозія; изъ наружнаго маточнаго зѣва гнойныя выдѣленія. t° 38,5. Ord.: Опій и ледъ.

6/х. t° утр. 37,8. Больная чувствуетъ себя гораздо хуже. Животъ напряженъ, крайне болѣзненъ. Языкъ обложенъ. Не слабило. Моча темнаго цвѣта, уд. в. 1025; бѣлка и сахару не содержитъ. t° веч. 37,9. Пульсъ 30.

7/х. t° утр. 37,3. Рвало нѣсколько разъ. Животъ болѣзненъ, но не столь напряженъ, какъ вчера. Чувствительность меньше. Аппетита нѣтъ никакого. Не слабило. t° веч. 37,3.

8/х. t° утр. 37,1. Не слабило. Животъ мягкій, менѣе болѣзненный. Самочувствіе лучше. t° веч. 38,8. П. 86.

9/х. t° утр. 38,8. Пульсъ 102. Животъ менѣе чувствителенъ и не столь напряженъ. Языкъ сухой, по краямъ обложенъ. Аппетита нѣтъ никакого. Кислая отрыжка. Сильная жажда; не слабило. t° веч. 38,0.

Отъ 10/х до 14/х. t° нормальная. Животъ мало болѣзненный. Общее улучшеніе.

15/х. t° утр. 37,2. Жалуется на сильныя боли въ животѣ. Всю ночь не спала отъ болей. Животъ немного напряженъ, при изслѣдованіи немного болѣзненъ. Аппетита нѣтъ. Послѣ клизмы прослабило. Чувствуетъ себя слабой. t° веч. 38,4 въ 9 ч. в. t° 39,0.

16/х. t° утр. 37,6. Пульсъ 98. Вчера ночью были озноѣ. Животъ болѣзненъ, особенно съ правой стороны. Не слабило. Аппетита нѣтъ. t° веч. 37,7.

17/х. t° утр. 37,3. Пульсъ 80. Животъ мягче прежняго. Языкъ слегка обложенъ. Не слабило t° веч. 37,5.

18/х. t° утр. 37,3. Пульсъ 80. Не слабило 4 сутокъ. Животъ немного напряженъ, болѣзненъ съ правой стороны. Языкъ очищается. Аппетитъ появляется. Самочувствіе лучше. t° веч. 37,4.

19/х. t° утр. 37,0. St. idem. t° веч. 37,6.

20/х. t° утр. 36,9. Чувствуетъ себя вполнѣ хорошо. Животъ мягкій и безболѣзненный. Языкъ не обложенъ. Аппетитъ есть. Слабило. t° веч. 379.

21/х. t° утр. 37,2. Пульсъ 80. Животъ еще болѣзненъ. Самочувствіе лучше. Слабило. t° веч. 38,3.

22/х. t° утр. 38,4. Пульсъ 84. Животъ мягкій, мало болѣзненный; языкъ немного обложенъ. Слабило. Самочувствіе хорошее. Вчера ночью былъ озноѣ. t° веч. 37,7. въ 9 ч. в. t° 38,7.

23/х. t° утр. 37,4. Животъ напряженъ преимущественно съ правой стороны, гдѣ прощупывается инфильтратъ; съ лѣвой стороны животъ почти мягкій; боль также только въ правой сторонѣ. Аппетитъ есть. Слабило. Легкое gargouillement. t° веч. 38,0.

24/х. t° утр. 37,3. Стулъ былъ жидкій. Общее состояніе удовлетворительно. Животъ мягкій, только справа немного напряженъ. Вправо и ниже пупка прощупывается нѣсколько повышенная резистенція. t° веч. 37,8.

25/х. t° утр. 37,1. Общее состояніе хорошее. Животъ вполнѣ, почти безболѣзненный. Справа ниже пупка резистенція еще держится. t° веч. 37,4.

26/х. t° утр. 36,8. Общее состояніе хорошее. Былъ нормальный стулъ. Животъ мягкій и безболѣзненный. Справа почти ничего не прощупывается. t° веч. 37,5.

27/х. t° утр. 36,9. Общее состояніе хорошее. Стулъ нормальный. Животъ мягкій и безболѣзненный. Въ подвздошной ямкѣ ничего не прощупывается. Больная выписана.

№ 67. *Татьяна Тим.*, кр., дѣв., 18 лѣтъ. Поступила 24-го ноября 1898 г. Выписалась 2-го декабря 1898 г.

Anamn. Заболѣла 22-го ноября озноѣмъ и болью въ правой половинѣ живота. Была рвота. Стулъ былъ вчера, послѣ чего боли меньше.

St. praes. Больная средняго роста и хорошаго тѣлосложенія. Языкъ немного обложенъ. Животъ напряженъ. Въ области слѣпой кишки боли и резистентность. Печень и селезенка не увеличены. Сердце въ границахъ. Тоны чисты. Пульсъ ускоренный. Легкія здоровы. Кашля нѣтъ. t° 38,1. Ord.: опій и ледъ.

25/хі. t° утр. 37,3. веч. 37,5.

26/хі. 37,1. Пульсъ 84. Боли въ животѣ немного меньше противъ вчерашняго. Не слабило. t° веч. 37,0.

27/хі. t° утр. 36,8. Пульсъ 72. Боли въ животѣ значительно меньше. Не слабило. t° веч. 37,0.

28/хі. t° утр. 36,6. Пульсъ 72. Боль въ животѣ почти совсѣмъ прошла. Сегодня чувствуетъ себя хорошо. Появились регулы (2 мѣс. не было). t° веч. 37,1.

29/хі. t° утр. 36,8. Пульсъ 64. Болей въ животѣ почти нѣтъ. Не слабило. t° веч. 37,4.

30/хі. t° утр. 37,0. Пульсъ 60. Прослабило вчера вечеромъ. Боль справа очень незначительная. Регулы прекратились. t° веч. 37,3.

1/хп. t° утр. 37,0. Пульсъ 68. Чувствуетъ себя хорошо. Сонъ хорошій. Боль въ животѣ почти совсѣмъ прекратилась. Вчера не слабило. Выписана.

№ 68. *Марія П.*, крест., замуж., 36 лѣтъ. Поступила 6-го декабря 1898 г. Выписалась 15 декабря.

Anamn. Заболѣла внезапно недѣлю тому назадъ болью всего живота, головною болью, жаромъ, ознобомъ, тошнотой; рвоты не было. Раньше стулъ былъ правильный. Всю недѣлю больная оставалась на ногахъ. 5 лѣтъ тому назадъ больная перенесла ту-же болѣзнь, отъ которой лежала 2 недѣли въ Петропавловской больницѣ. 2 недѣли, какъ идутъ крови, принедшія въ срокъ. Menses на 16-мъ году, по 5—6 дней черезъ 3 недѣли, безъ боли. Рожала 8 разъ, правильно; послѣдній разъ 3 года тому назадъ, мертворожденнымъ. Мѣсяца 2 тому назадъ были бѣли, которыя продолжались 1 мѣсяцъ безъ всякихъ болей.

St. praes. Животъ не вздутъ, но сильно напряженъ и болѣзненъ справа въ подвздошно-слѣпой области, прощупать что либо не удается отъ сильнаго напряженія. Per vag.: кровянистыя выдѣленія; шейка плотная, матка тоже, немного увеличена, склонена впередъ, подвижна; правый и лѣвый своды свободны, задній слегка тѣстовать, t° 38,2. Ord.: опій и ледъ.

7/хп. t° утр. 37,8. Пульсъ 90. Ночь спала удовлетворительно. Животъ болитъ меньше, не вздутъ, мягкій и безболѣзненный, исключая правой половины, гдѣ наибольшая болѣзненность по линіи отъ Sp. ant. sup. къ пупку, ближе къ послѣднему. Болѣзнена также правая поясничная область. Справа внутри отъ отъ Sp. ant. sup. прощупывается повышенная резистентность, величиною въ кулакъ, болѣзненная при давленіи, но безъ опредѣленныхъ границъ. Перкуторный тонъ надъ резистенціей слегка притупленъ. Тошноты сегодня нѣтъ. Утромъ былъ обильный стулъ (больная дома въ 6-ч. веч. приняла касторку). t° веч. 37,5.

8/хп. 36,8. Пульсъ 72. Ночь спала хорошо. Языкъ слегка обложенъ. Боли живота стихли. Студа не было. Вѣтры отходятъ. Животъ мягкій. Болѣзненность локализуется въ отдѣльныхъ точкахъ: подъ правымъ подреберьемъ соотвѣтственно желчному пузырю, вправо отъ пупка, и въ поясницѣ. Сегодня мышцы разслаблены, такъ что животъ хорошо ощупывается, кромѣ нѣкоторой резистенціи въ подвздошно-слѣпой ямкѣ ничего не прощупывается. Сѣчва живота совершенно безболѣзненъ, такъ что пальцы безпрепятственно входятъ въ полость таза. Крови продолжаются. t° веч. 36,8.

9/хп. t° утр. 36,8. Пульсъ 66. Ночь спала хорошо. Жалуется на боль при глубокомъ вдохѣ въ правомъ подреберьѣ соотвѣтственно желчному пузырю. Животъ совершенно не болитъ, мягкій нездутый, при ощупываніи болѣзненность въ глубинѣ по средней линіи между Sp. ant. sup. и пупкомъ, гдѣ прощупывается повышенная резистентность. Крови продолжаются. Стула не было. t° веч. 37,3. Опій отмѣненъ. Inf. sec. corn.

10/хп. t° утр. 36,7 Ночь спала. Общее состояніе прекрасное. Стула не было. Животъ совершенно безболѣзненъ, только соотвѣтственно желчному пузырю небольшая чувствительность. Въ правой подвздошной ямкѣ ничего не прощупывается. t° веч. 36,7.

11/хп. t° утр. 36,5. Ночью былъ нормальный стулъ. Животъ мягкій, безболѣзненный; небольшая чувствительность и резистентность въ Mc. Burney'вской точкѣ. t° веч. 37,0.

12/хп. t° утр. 37,0. Былъ нормальный стулъ. Животъ мягкій, небольшая болѣзненность въ Mc. Burney'вской точкѣ. t° веч. 36,7.

13/хп. t° утр. 36,6. Небольшія боли при ходьбѣ. Стулъ правильный. t° утр. 36,7.

14/хп. t° утр. 36,9. Стулъ нормальный. Животъ не болитъ. Небольшая болѣзненность въ Mc. Burney'вской точкѣ. Больная выписана.

№ 69. *Александра Дер.*, кр., дѣв., 18 лѣтъ. Поступила въ больницу 25 января 1899 г., выписалась 31 января.

Anamn. Больна съ 25-го января. Боль въ правомъ боку, небольшой кашель. Стулъ все время нормальный, рвоты и тошноты не было. Раньше всегда была здорова. Регулы правильныя.

St. praes. Довольно хорошаго питанія. Языкъ не обложенъ. Животъ не вздутъ, на ощупь очень чувствителенъ съ правой стороны (въ области печени, и подвздошной области). Насколько возможно констатировать при сильномъ напряженіи мышцъ—опухоли нѣтъ. Печень увеличена, выступаетъ пальца на 2 изъ подъ реберъ. Селезенка не увеличена. Сердце въ границахъ, систолическій легкій шумъ, ясное у верхушки. На шейныхъ венахъ шумъ волчка. Въ легкихъ ничего ненормальнаго. Стулъ нормальный, тошноты и рвоты нѣтъ. Аппетитъ хорошій. Кромѣ болей въ въ правой сторонѣ живота больная ни на что не жалуется. t° 37,9°. Ord.: опій и ледъ.

27/л. t° утр. 37,1. Пульсъ 92. Моча слабо-кислой реакціи, уд. вѣсъ 1,019, бѣлка нѣтъ, содержитъ слѣды желчныхъ пигментовъ. Самочувствіе сегодня лучше, боль умѣнышалась. Тошноты и рвоты нѣтъ. Стулъ былъ нормальный. При пальпаціи въ брюшной полости ничего ненормальнаго не констатируется. t° веч. 37,2.

28/л. t° утр. 37,7. Пульсъ 100. Стула не было. Животъ не вздутъ; болѣзненность съ правой стороны. Опухоли констатировать не удается. Тошноты и рвоты нѣтъ. Аппетитъ хорошій. Въ нижней части живота и со стороны правой почки болѣзненности при ощупываніи не констатируется. t° веч. 38,8.

29/л t° утр. 36,2. Пульсъ 96. Стулъ былъ нормальный. Болѣзненность въ правой сторонѣ живота исчезла. Самочувствіе хорошее. t° веч. 37,0.

30/л. t° утр. 36,6. Стулъ нормальный. Болей нѣтъ. Самочувствіе хорошее. t° веч. 36,7.

31/л. t° 36,4. Чувствуетъ себя хорошо. Выписана.

№ 70. *Матр. Ор.*, дѣв., 21 года. Поступила въ больницу 22 января 1899 г., выписалась 29 января 1899 г.

Anamn. Заболѣла три дня тому назадъ внезапно болью и колотьями въ лѣвой подвздошной впадинѣ. До этого запоровъ не было. Вчера и позавчера принимала слабительное, послѣ котораго каждый разъ слабило.

St. praes. Животъ вздутъ, болитъ подъ ложечкой и, въ настоящее время, въ особенности въ правой подвздошной впадинѣ, гдѣ прощупывается болѣзненная опухоль. Per vag.: порядочная кровянистая выдѣленія (пришли мѣсячныя); матка маленькая въ antephlexio, въ заднемъ сводѣ старые тяжи; въ правомъ сводѣ около матки немного утолщенная и чувствительная труба, но экссудата не прощупывается. t° 37,0. Ord.: опій и ледъ.

23/I. t° утр. 36,3. Пульсъ 84. Стулъ былъ два раза нормальный. t° веч. 36,5.

24/I. t° 36,2. Пульсъ 100. Чувствуетъ себя немного лучше, но боль и резистентность въ правой подвздошной ямкѣ еще есть. Herpes около праваго угла рта. t° веч. 37,2.

25/I. t° 36,6. Пульсъ 100. Боль въ правой подвздошной ямкѣ продолжается. Не слабило. Моча бѣлка не содержитъ, уд. вѣс. 1015. t° веч. 36.9.

26/I. t° утр. 36,6. Боль въ области слѣпой кишки совсѣмъ прошла. t° веч. 36,9.

27/I. t° утр. 36,8. Пульсъ 100. Прослабило послѣ клизмы. Сонъ хорошій. Аппетита нѣтъ. Боль въ области слѣпой кишки прошла. Больная выписана.

№ 71. *Аѳисья Борис.*, 52 года. Поступила въ больницу 26-го января 1899 года. Выписалась 18-го февраля.

Anamn. Заболѣла 24-го января болями живота съ правой стороны. Дней 5 запоры. 24-го больная приняла касторовое масло, послѣ чего прослабило. Menses на 15-мъ году, не рожала. Боли въ правой подвздошной области повторяются 5-й разъ: больная лежала 2 раза въ обухов. больн., 1 разъ въ Петрop. и 1 разъ въ Александр. больницѣ.

St. praes. Больная жалуется на сильныя боли въ животѣ. Животъ вздутъ, съ правой стороны живота прощупывается плотная, чувствительная и ясно ограниченная опухоль. Селезенка слегка увеличена, въ легкихъ ничего особеннаго. Per vag.: своды пусты, atrophia uteri senilis. t° 38,1. Ord.: ледъ.

27/I. t° утр. 36,4. Болѣзненность живота меньше, вздутіе порядочное. t° веч. 36,6.

28/I t° утр. 36,4. Пульсъ 68. Въ правой подвздошной области прощупывается продолговатая твердая опухоль, не очень болѣзненная. Животъ вздутъ, но не чувствителенъ. Языкъ влажный, чистый. Стулъ былъ вчера, необильный, жидкій. t° веч. 36,8.

29/I. t° утр. 36,5. Пульсъ 60. Спала хорошо. На низъ не ходила. Животъ болитъ меньше. Языкъ чистый. По утрамъ частый кашель. Мокрота густая, слизисто-гнойная, трудно выдѣляется. Въ правой подвздошной области прощупывается затвердѣніе, болѣзненное на ощупь. Печень выступаетъ изъ подъ края реберъ на 3—4 пальца. Верхняя граница подъ 7-мъ ребромъ. Селезенка не увеличена. Больная жалуется на частые позывы къ мочеиспусканію. t° веч. 36,2.

30/I. t° утр. 36,1. Пульсъ 66. Спала не хорошо изъ за болей живота. Жалуется на частые позывы къ мочеиспусканію. На низъ послѣ клизмы. Опухоль въ правой подвздошной области болѣзнена, какъ вчера. Языкъ чистый. Кашляла больше. Мокрота слизисто-гнойная трудно выдѣляется. Въ паху прощупывается небольшія железы. Моча мутная, реакція щелочная, уд. в. 1,500, сѣдыя бѣлка. Въ калѣ гноя нѣтъ. t° веч. 36,5.

31/I. t° утр. 36,5. Пульсъ 66. Спала хорошо. На низъ послѣ клизмы, жидко. Боли въ животѣ меньше. Кашель порядочный. Мокрота выдѣляется трудно, тягучая, слизисто-гнойная. Опухоль въ правой подвздошной области какъ будто меньше и не такая плотная, болѣзненность также меньше. Мокроты вчера было много, сегодня нѣтъ ея. Въ легкихъ хриповъ не слышно. Надъ лѣвой верхушкой сзади перкуторный тонъ притупленъ и дыханіе болѣе жесткое, чѣмъ справа. t° веч. 36,8.

1/II. t° утр. 36,5. Пульсъ 64. Спала хорошо. Кашель большой. Послѣ клизмы прослабило. Опухоль въ правой подвздошной области сегодня небольшена. Мокрота очень тягучая, слизистая. t° веч. 37,0.

Съ 2/II до 12/II t° нормальная. Животъ мало болѣзненный. Опухоль съ каждымъ днемъ уменьшалась. Стулъ задержанъ.

13/II. На низъ 2 раза. Языкъ чистый. Животъ мягкій. Опухоль въ области лѣвой кишки интожная, твердая, неподвижная и безболѣзненая. Кашель продолжается. Въ легкихъ везикулярное дыханіе. Больная выписана.

№ 72. *Анна Ст.*, кр., дѣв., 15 л. Поступила въ больницу 1 февраля 1899 г., выписалась 11 февраля.

Anamn. Болѣла съ 30 января: рѣзкая боль въ груди и животѣ. Жаръ и ознобъ.

St. pr. Больная средняго роста и средняго тѣлосложенія; языкъ умѣренно обложенъ, животъ болѣзненъ въ подвздошно-слѣпой области, гдѣ прощупывается небольшая опухоль. Селезенка немного увеличена, въ легкихъ ничего особеннаго, t° 39,2.

2/II. t° утр. 38,0. Пульсъ—100. Дых.—24. Болѣзненность и вздутіе живота по прежнему, языкъ обложенъ. t° веч. 38,4.

3/II. t° утр. 37,0. Чувствуетъ себя хорошо. t° веч. 37,4.

4/II. t° утр. 37,6. Слабило послѣ клизмы, жалуется на боль въ животѣ. t° веч. 38.7.

5/II. t° утр. 37,6. Больная со вчерашняго дня жалуется на сильную боль въ нижней части живота. Животъ сильно напряженъ. Въ правой половинѣ прощупывается плоская, болѣзненная опухоль. t° веч. 38,3.

6/II. t° утр. 36,5. Въ правой области живота на мѣстѣ слѣпой кишки прощупывается болѣзненный инфильтратъ. Per vaginam: virgo; per rectum: въ правой половинѣ малаго таза прощупывается болѣзненный инфильтратъ. Матка немного увеличена. t° веч. 38,0.

7/II. t° утр. 37,0. Ясно прощупывавшійся вчера инфильтратъ въ подвздошно-

слѣпой области сегодня исчезъ, а также исчезли притупленіе и болѣзненность въ этомъ мѣстѣ. Вчера утромъ больную нѣсколько разъ прослабило. Самочувствіе хорошее. Стулъ былъ утромъ, нормальный. t° веч. 37,0.

8/п. t° утр. 36,9. Притупленія и болѣзненности съ правой стороны нѣтъ. Самочувствіе хорошее, стулъ былъ жидкій 3 раза. t° веч. 37,1.

9/п. t° утр. 36,7. Больная чувствуетъ себя хорошо. Ниглѣ никакой болѣзненности. Стулъ все еще жидкій, но рѣже. t° веч. 36,9.

10/п. t° утр. 36,9. Самочувствіе очень хорошее. Языкъ чистъ. Болѣзненности и притупленія въ подвздошно-слѣпой области нѣтъ. Стулъ былъ 2 раза, жидкій. t° веч. 36,8.

11/п. t° утр. 36,9. Сегодня стулъ нормальный. Всѣ явленія перитифлита прошли. Болѣзненности и притупленія нѣтъ. Аппетитъ хорошій. Языкъ чистъ. Самочувствіе хорошее. Больная выписана.

№ 73. *Розал. Лонг.*, дѣв., 19 л. Поступила въ больницу 20 марта 1899 года, выписалась 10 мая.

Anamn. Заболѣла 3 дня тому назадъ: головокруженіе, обморокъ, потомъ жаръ, сильная боль въ животѣ, особенно справа; со вчерашняго дня menses— въ срокъ. Menses съ 14-го года, черезъ 4 недѣли по 3 дня, съ болью до регулъ, не обильныя. За недѣлю до заболѣванія были боли подъ ложечкой.

St. praes. Больная средняго сложенія и питанія. Животъ вздутъ, при пальпаціи весь болѣзненъ, но сильнѣе въ правой половинѣ. Языкъ влажный, слегка обложенъ. Селезенка нѣсколько увеличена. *Per vaginam*: матка велика, шейка коническая, anteversio. Лѣвый сводъ укороченъ, въ правомъ сводѣ тѣстоватость и сильная болѣзненность. Изъ уретры гной не выдавливается. t° 38,4°. Ord.: оній и ледъ.

22/п. t° утр. 37,5. Пульсъ 90, хорошій. Стулъ задержанъ; животъ вздутъ, но болѣзненность меньше. t° веч. 37,8.

23/п. t° утр. 37,6. Пульсъ 100. Боль нѣсколько меньше, но при пальпаціи болѣзненность еще довольно сильная въ правой половинѣ, гдѣ въ области слѣпой кишки опредѣляется колбасовидная болѣзненная опухоль. t° веч. 38,2.

24/п. t° утр. 37,4. Пульсъ 90. Боли еще продолжаются, особенно сильно въ правой половинѣ. На нихъ было. Вчера знобило. t° веч. 37,8.

25/п. t° утр. 37,0. Боли легче. Стулъ былъ. t° веч. 37,2.

26/п. t° утр. 36,9. Пульсъ 90. Боли еще довольно сильныя, схваткообразныя. Слабило. Справа продолговатая, очень болѣзненная опухоль. При перкуссіи тупо-тимпаническій тонъ. *Per vagin.*: въ правомъ сводѣ прощупывается подвижный яичникъ и опухоль, болѣзненная, эластичная, съ связи съ маткой опредѣлить не удается. Въ лѣвомъ сводѣ ничего не прощупывается. t. веч. 37,3.

27/п. t° утр. 36,8. Боль живота немного меньше. t° веч. 38,0.

Съ 28/п до 7/IV t° оставалась нормальной, боли почти стихли, опухоль быстро

уменьшилась. 7/VI опять t° поднялась до 38,2°, появились боли живота и опухоль начала быстро увеличиваться, достигнувъ въ короткое время (въ 3 дня) значительныхъ размѣровъ, такъ что больная была переведена для операціи въ хирургическое отдѣленіе, гдѣ однако скоро наступило улучшеніе, t° опустилась до нормы, и опухоль стала уменьшаться, хотя и медленно, но съ каждымъ днемъ. Стулъ оставался все время задержанъ. Больная выписалась только 10/V, но вполнѣ оправившаяся и безъ всякой опухоли.

№ 74. *Александра Тим.*, вдова, 39 лѣтъ. Поступила въ больницу 3 апрѣля 1899 г., выписалась 15 апрѣля 1899 г.

Anamn. Заболѣла 1-го апрѣля вечеромъ; днемъ была болѣзненность внизу живота, больная слегла въ кровать изъ за сильныхъ болей по всему животу. 2-го апрѣля утромъ въ 12 час. больная поставила клизму, хорошо подѣйствовавшую, затѣмъ больная приняла 5 каплей опія, послѣ чего чувствовала себя хорошо. Въ 2 часа приняла дессертную ложку касторового масла, послѣ чего съ больной сдѣлалось худо, боли живота увеличились, два раза вырвало желчью, прослабило же мало. Въ послѣднее время ѣла. Послѣдній menses съ 31-го марта.

St. praes. Языкъ обложенъ, рвоты сегодня не было. Животъ вздутъ и на ощупь слабо чувствителенъ, послѣдній стулъ вчера. Тоны сердца чисты. Капли нѣтъ. *Per vag.*: выдѣленія слизистыя. Uterus in anteflexione; подвижность матки ограничена; своды свободны и безболѣзненны. t° 38,2°. Ord.. оній и ледъ.

4/IV. t° утр. 38,3. Пульсъ 86. Боли въ животѣ уменьшились. Стула не было, но газы отходятъ въ изобиліи, рвоты не было, но была отрыжка. Языкъ обложенъ. t° веч. 38,1.

5/IV. t° утр. 37,5. Пульсъ 68. Стула не было; рвоты и тошноты нѣтъ. Животъ не вздутъ, на ощупь все еще чувствителенъ. При глубокомъ дыханіи боли въ животѣ и въ правомъ боку. Моча уд. в. 1025, бѣлка, сахара, индикана нѣтъ. t° веч. 37,7.

6/IV. 37,3. Пульсъ 72. Стула не было. Рвоты и тошноты нѣтъ. Животъ не вздутъ, меньше чувствителенъ, чѣмъ вчера. Языкъ обложенъ. t° веч. 37,4.

Остальные дни t° нормальная. Боли живота почти стихли, а также и болѣзненность при ощупываніи.

15/IV. Больная выписана.

№ 75. *Праск. Елисѣев.*, кр., 28 л. Поступила 31 марта, выписалась 4 мая 1899 года.

Anamn. 3 дня тому назадъ появилась боль въ животѣ, но небольшая, такъ что больная оставалась на ногахъ. 30-го марта ночью внезапно боли приняли острый характеръ. Къ утру 31-го появилась рвота 3 раза натощакъ. Кашель небольшой уже недѣли 2.

St. praes. Больная правильнаго сложенія и удовлетворительнаго питанія. Конъюнктива вѣкъ сильно гиперемирована, въ склерѣ кровоизліяніе. Языкъ слегка

обложенъ, аппетита нѣтъ; рвота, тошнота и сильная болѣзненость живота, въ особенности около пупка и ниже. Печень и селезенка по перкуссіи не увеличены; прощупываніе невозможно по причинѣ болѣзненности. Per vag.: ничего ненормальнаго не опредѣляется. t° 38,8°. Ord.: ol. ricini и компрессъ на животъ.

2/IV. t° утр. 38,0. Пульсъ 94. Слабило 2 раза жидко. Боли въ животѣ значительно меньше, появилась боль въ ногахъ и въ шеѣ. Хриповъ въ легкихъ нѣтъ. Животъ при дотрогиваніи болѣзненъ, въ особенности въ подвздошно-слѣпой области и въ обл. flex. sigm. Небольшое урчаніе. t° веч, 39,0.

3/IV. t° утр. 38,8. Пульсъ 90. На низъ не было. Была 2 раза рвота натощахъ (по словамъ больной съ кровью). Кашля нѣтъ. Не ясно прощупывается селезенка. t° веч. 39,4.

4/IV. t° утр. 38,0. Пульсъ 68. На низъ не было. Рвоты не было. Боль въ животѣ меньше, небольшое урчаніе и болѣзненность въ подвздошно-слѣпой области. Кашля нѣтъ t° въ 1 час. дня 39,2 Ord.: Calomel. 0,1 № 4. Clysma Ледъ на животъ.

5/IV t° утр. 37,5. Пульсъ 78, ровный, полный. Прослабило 5 разъ. Рвоты не было. Боли въ животѣ меньше, при надавливаніи сильная боль только въ подвздошно-слѣпой области. t° веч. 38,3. Ord.: Opii. p. 0,015. № 6. Ледъ на животъ.

6/IV. t° утр. 37. 2. Пульсъ 76. Самочувствіе удовлетворительное. Рвоты не было. При дотрогиваніи боль въ подвздошно-слѣпой области значительно меньше. Въ лѣвой подвздошной области болей нѣтъ. Боль въ области печени. t° веч. 37,6.

7/IV. t° утр. 37,4. P. 80. Самочувствіе удовлетворительное. Боль въ животѣ только при движеніи. Сонъ хорошій. При ощупываніи небольшая болѣзненность въ подвздошно-слѣпой области, гдѣ прощупывается инфильтратъ. Животъ не вздутъ; на низъ не было. t° веч.. 37,5.

Отъ 8/IV до 11/IV t° нормальная, боль незначительная, стулъ задержанъ.

12/IV. t° утр. 37,1. Пульсъ 64. На низъ не было. Животъ не вздутъ. Давленіе на область слѣпой кишки болѣзненно. Инфильтратъ по прежнему. t° веч. 37,9.

13/IV. t° утр. 37,0. Пульсъ 80. На низъ не было. Больная жалуется на сильную боль колющаго характера, появляющуюся въ ограниченномъ мѣстѣ въ 7-мъ межреберномъ промежуткѣ справа при дыханіи. t° веч. 38,0.

14/IV. t° утр. 36,9 Пульсъ 80. На низъ не было. Боль въ 7-мъ межреберьѣ меньше. Въ остальномъ idem. t° веч. 38,0.

15/IV. t° утр. 37,0. Стула не было съ 9 апрѣля. Въ кишечникѣ (въ coecum и S. Romanum) прощупываются каловыя массы. Животъ не вздутъ. Болѣзненность въ области слѣпой кишки. Вѣтры отходятъ. Языкъ чистъ. Аппетитъ хорошій. веч. t° 37,8.

Въ дальнѣйшемъ теченіи t° два дня держалась въ предѣлахъ 37,6—37,9, а затѣмъ до конца болѣзни была нормальная. Болѣзненность въ области слѣпой кишки держалась продолжительное время. Инфильтратъ сравнительно скоро разсосался. Стулъ задержанъ.

4/V. Больная выписались, какъ вполнѣ оправившаяся.

№ 76. *Дарья Ком.*, вд., 55 л. Поступила въ больницу 27 апр. 1899 года. Выписалась 1 мая.

Anamn. 1 апрѣля заболѣла сильной лихорадкой, головной болью и насморкомъ. Съ 2 по 17 Апрѣля спалъ болѣтъ животъ съ правой стороны. Страдаетъ запорами.

St. praes. Больная средняго роста, хорошаго тѣлосложенія. Кожа и видимыя слизистыя оболочки бѣдны. Языкъ чистъ Въ подвздошно-слѣпой области сильная болѣзненость и прощупывается продолговатая опухоль, идущая въ косомъ направленіи сверху и снаружи, внизъ и кнутри. Въ правой сторонѣ живота и подъ ложечкой тоже есть боли, но меньше. Легкія свободны; размѣры сердца нормальны; тоны сердца чисты, пульсъ правильный. Печень и селезенка не увеличены. Аппетитъ удовлетворительный. Небольшая головная боль. Сонъ плохой; больная чувствуетъ слабость. При ходьбѣ у больной бываетъ головокруженіе. Per vag.: своды пусты, выше описанная опухоль не достигается, контуры матки низъ за сильной болѣзненности не опредѣляются. t° 37,4. Ord.: ol. ricini и ледъ.

28/IV. t° утр. 37,2 Пульсъ 84. Схваткообразныя боли живота. Стулъ былъ полужидкій. Моча нормальная. t° веч. 37,4°.

29/IV. t° утр. 37,3. Животъ вздутъ меньше; боли еще продолжаются. t° веч. 37,6.

30/IV. t° утр. 37,1. Пульсъ 80. Опухоль и притупленіе въ видѣ полосы, въ пальца 3 шириной, еще держится; ночью были боли, прекратившіяся въ 2 часа, послѣ чего больная хорошо спала. Моча безъ бѣлка и форменныхъ элементовъ. t° веч. 37,8.

1/V. t° утр. 37,3. Общее состояніе хорошее. Слабило 1 разъ въ незначительномъ количествѣ. Опухоль прощупывается въ прежнемъ видѣ. Вздутія живота почти нѣтъ. t° веч. 37,7.

2/V. t° утр. 37,4. Пульсъ 84. Общее состояніе удовлетворительное. Стулъ нормальный. Опухоль замѣтно уменьшается. t° веч. 37,3.

Съ этого времени опухоль стала быстро уменьшаться, стулъ также сталъ почти ежедневный и нормальный. Боли въ правой подвздошной области при ходьбѣ, однако, долго держались.

3/V. Больная выписалась, какъ вполнѣ оправившаяся.

№ 77. *Александра Ник.*, 39 л. Поступила въ больницу 11 іюня 1899 года. Выписалась 17 іюля.

Anamn. Больная годъ тому назадъ перенесла заболѣваніе, сопровождавшееся рвотой и болью въ животѣ, особенно въ правой его половинѣ. Двѣ недѣли тому

назадъ опять началось заболѣваніе рвотой и болью въ животѣ съ правой стороны. Теперь боли меньше, запоровъ нѣтъ, рвоты теперь также нѣтъ.

St. praes. Больная средняго роста, умѣреннаго питанія. Жалуется на легкую боль въ правой подвздошной области. При ощупываніи живота незначительная резистентность подлежащихъ тканей съ правой стороны. Языкъ сильно обложенъ; больную слабитъ хорошо. t° 37,9°. Ord.: опій и ледъ.

Остальные дни t° была нормальная; боли постепенно стихли и 17 іюня больная выписалась, какъ вполнѣ оправившаяся.

№ 78. *Екатерина Д.*, мѣщ., дѣв., 23 лѣтъ. Поступила въ больницу 11-го іюня 1899 г., выписалась 17-го іюня.

Anamn. Заболѣла сегодня 14-го іюня утромъ: появилась рвота и боль въ правой половинѣ живота, утромъ былъ нормальный стулъ. Послѣдніе регулы были двѣ недѣли тому назадъ.

St. praes. Больная средняго тѣлосложенія и питанія, подкожный жировой слой мало развитъ. Пульсъ удовлетворительный. Языкъ немного обложенъ. Тоны сердца чисты. Въ легкихъ везикулярное дыханіе. Область подвздошно-слѣпая очень чувствительна. Животъ немного вздутъ. Селезенка не увеличена. t° 36,8.

12/VI. t° утр. 36,5. Небольшая болѣзненность въ подвздошно-слѣпой области. Стула не было. t° веч. 37.2.

13/VI. t° утр. 37,0. Болѣзненность въ подвздошно-слѣпой области меньше. Стулъ нормальный. t° веч. 37,0.

14/VI. t° утр. 37,0. Небольшая болѣзненность въ подвздошно-слѣпой области. Стулъ нормальный. Аппетитъ и сонъ удовлетворительны.

17/VI. Больная выписалась, какъ вполнѣ оправившаяся.

№ 79. *Марія Кул.*, дѣв., 20 лѣтъ. Поступила въ больницу 12-го іюня 1899 года. Выписалась 21-го іюня.

Anamn. Третій день нѣтъ стула и болитъ животъ. Больная принимала дома касторовое масло, которое не подѣйствовало.

St. praes. Больная средняго роста и крѣпкаго тѣлосложенія. Животъ умѣренно вздутъ и болѣзненъ, особенно въ правой подвздошной области, гдѣ въ глубинѣ на два пальца кнутри отъ sp. sup. ant. прощупывается валикообразная опухоль, толщиною въ мизинецъ. t° 37,5. Ord.: опій и ледъ.

Послѣдующіе дни боли постепенно стихли, опухоль исчезла и 22-го іюня больная выписалась, какъ вполнѣ выздоровѣвшая.

№ 80. *Екатерина Вас.*, кр., дѣв., 13 лѣтъ. Поступила въ больницу 22-го іюня 1899 года. Выписалась 30-го іюня.

Anamn. Больна 1 недѣлю: лихорадочное состояніе, 3 дня рвота и сильная болѣзненность живота. Стула не было 3 дня, раньше же былъ нормальный стулъ. 4 года тому назадъ былъ возвратный тифъ, съ которымъ лежала въ Александр. больницѣ. Крови появились вчера (22-го) въ первый разъ.

St. praes. Больная умѣреннаго сложенія и посредственнаго питанія; подкожный жировой слой весьма скудный Покровы нормально окрашены, слизистыя оболочки немного блѣдны. Языкъ по бокамъ обложенъ. Звукъ чистъ. Сердце: границы нормальны, толчекъ въ 5-го межребер. промежуткѣ влѣво отъ соска, сильный, тоны громкіе и чистые. Легкія свободны. Животъ не вздутъ, стѣнки напряжены, постукиваніе и даже пальпація вызываютъ болѣзненность въ подвздошно-слѣпой ямкѣ кверху и внутри; слѣва болѣзненности нѣтъ. Печень яснаго увеличенія не представляетъ. Селезенка перкуторно ясно увеличена, но не прощупывается. При изслѣдованіи черезъ прямую кишку инфильтрата не прощупывается, въ правой половинѣ таза замѣчается при надавливаніи самая незначительная болѣзненность, слѣва все нормально. Рвоты со времени поступленія не было. t° 38,2. Ord.: опій и ледъ.

24/VI. t° утр. 36,8. Пульсъ 84. Самочувствіе гораздо лучше. Боли значительно уменьшились; появился аппетитъ. При постукиваніи и ощупываніи живота боли нѣтъ, даже и въ подвздошно-слѣпой области. Языкъ очищается, стула не было. Моча кислая, уд. в. 1,010, бѣлка и сахара нѣтъ, индикана почти совсѣмъ нѣтъ. t° веч. 38,5.

25/VI. t° утр. 37,3. Пульсъ 80. Самочувствіе въ общемъ хорошее. Боли въ животѣ были слабыми схватками 1—2 раза въ сутки. Рвоты и стула не было. Животъ при ощупываніи и постукиваніи совсѣмъ безболѣзненъ, не вздутъ. t° веч. 37,0.

26/VI. t° утр. 36,8. Пульсъ 76. Самочувствіе вполнѣ хорошее. Болей совсѣмъ не было. Сила очень крѣпко. Стулъ былъ 1 разъ плотными массами. Животъ при изслѣдованіи совершенно безболѣзненъ. Языкъ чище. t° веч. 37,1.

27/VI. t° утр. 37,0. Чувствуетъ себя хорошо, животъ совсѣмъ не болитъ. Стулъ былъ два раза, плотный; языкъ очищается. t° веч. 37,5.

28/VI. t° утр. 37,2. Пульсъ 88. Болей живота нѣтъ; стулъ нормальный. t° веч. 38,7.

29/VI. t° утр. 38,3. Пульсъ 104. Самочувствіе вполнѣ хорошее, ни на какія боли не жалуется, кашля нѣтъ. Стулъ 2 раза плотный. Животъ безболѣзненъ, въ подвздошно-слѣпой области замѣчается притупленіе звука, болѣзненности же нѣтъ. Въ легкихъ рѣзкаго загрубленія нѣтъ (незначительное въ правой верхушкѣ), въ верхнихъ доляхъ обоихъ легкихъ слышенъ выдохъ, особенно сзади надъ лопатками. Въ этихъ измѣненій нѣтъ; небольшой насморкъ. t° веч. 38,2.

30/VI. t° утр. 38,0. Пульсъ 100. Никакихъ жалобъ нѣтъ. Животъ совсѣмъ безболѣзненъ. Стулъ былъ два раза, сформированный. Въ органахъ новыхъ измѣненій нѣтъ. Звукъ свободенъ; имѣется небольшой насморкъ. Въ области слѣпой кишки загрубленіе; per rectum обнаруживается присутствіе инфильтрата въ прав. подвздошной области. Селезенка увеличена. Языкъ немного обложенъ. Больная выписана по настоянію родныхъ противъ совѣта врачей.

№ 81. *Екатерина Н.*, кр., 38 лѣтъ. Поступила въ больницу 30 іюня 1899 года; выписалась 29 іюля.

Anamn. Заболѣла 9 часовъ тому назадъ сильною болью внизу живота. Слабило утромъ наканунѣ, до этого же времени былъ запоръ. Menses на 18-мъ году, черезъ 4 дня по 4—5 дней, обильныя, но безъ болей. Рожала 2 раза; послѣдній разъ 7 мѣсяцевъ тому назадъ; съ тѣхъ поръ мѣсячныхъ нѣтъ.

St. praes. Животъ сильно болѣзненъ въ нижней половинѣ, а особенно справа, гдѣ также и вздутіе больше; перкуторный тонъ здѣсь тимпаническій, но нѣсколько притупленъ надъ Пупартовой связкой. При пальпаціи въ области слѣпой кишки опредѣляется уплотненіе. *Per vaginam*: гнойныхъ выдѣленій нѣтъ; матка маленькая, подвижная, своды свободны, правый нѣсколько болѣзненъ, но уплотненіе не прощупывается. Ночью рвало, t° 38,5. Ord.: опій и ледъ.

1/VI. t° утр. 37,9. Небольшой кашель; боли живота продолжаются. t° веч. 38,7.

2/VI. t° утр. 37,4. Самочувствіе удовлетворительно. Спала хорошо. Животъ въ области слѣпой кишки сильно болѣзненъ. Послѣ клизмы не слабило. Кашель меньше. t° веч. 38,0.

3/VI. t° утр. 37,1. Idem. Спала хорошо. Животъ въ области слѣпой кишки вздутъ меньше. Кашель рѣже и мягче. t° веч. 37,6.

4/VI. t° утр. 37,2. Въ правой подвздошной области прощупывается инфильтратъ глубокихъ тканей, при надавливаніи болѣзненный. Утромъ больную слабило 1 разъ. Языкъ сухъ, сильно обложенъ. t° веч. 37,2.

t° остальные дни нормальная, только разъ поднялась до 38,2. Инфильтратъ день отъ дня уменьшался. Стулъ скоро сталъ нормальный.

29/VI. Больная выписалась, какъ совершенно поправившаяся.

№ 82. *Моуля Хитр.*, 21 года. Поступила въ больницу 22 іюня 1899 г.. Выписалась 3 іюля.

Anamn. Больна съ 14-го іюня жаромъ, болью въ правой подвздошной области; послѣдніе 4 дня боль стала значительно сильнѣе. Дня 4 — 5 не было стула, раньше стулъ былъ правильный. Рвоты не было. Menses съ 13 лѣтъ, послѣдній разъ кончились недѣлю тому назадъ. Рожала 1 разъ, годъ тому назадъ.

St. praes. Больная хорошаго тѣлосложенія, умѣренно питанія. Покровы нормальной окраски. Склеротическія оболочки немного бѣловаты. Языкъ чистъ. Зѣвъ свободенъ. Сердце: границы нормальное, толчекъ въ пятомъ межреберіи, довольно сильный; тоны чисты, правильны. Легкія свободны. Животъ умѣренно и равномѣрно вздутъ. Подвздошно-слѣпая область сильно болѣзненна, боль распространяется до средней линіи и вверхъ до уровня пупка; слѣва болей совсѣмъ нѣтъ. Въ области слѣпой кишки незначительное заглушеніе перкуторнаго тона. Печень не увеличена. Селезенка не прощупывается. Per rectum: въ правой половинѣ таза инфильтрата не обнаруживается. t° 38,8. Ord.: опій и ледъ.

24/VI. t° утр. 37,6. Пульсъ 88. Боли схватками, но нѣсколько меньше и не распространяются по всей поверхности живота, сильнѣе всего онѣ теперь вокругъ пупка, въ особенности влѣво отъ него. Вздутость живота равномѣрно уменьшается. Стула не было. Моча кислой реакціи, удѣльн. вѣсу 1,019, бѣлка и сахара, нѣтъ, индиката много. t° веч. 38,5.

25/VI. t° утр. 37,3. Пульсъ 78. Самочувствіе гораздо лучше. Схваткообразныя боли въ животѣ значительно рѣже и слабѣе. Рвоты не было, стула не было. Животъ нѣсколько чувствителенъ надъ spina ant. sup. dextr., въ другихъ мѣстахъ совсѣмъ безболѣзненъ. t° веч. 37,6.

26/VI. t° утр. 37,3. Пульсъ 76. Состояніе улучшается, боли въ животѣ еще меньше, чѣмъ были; при ощупываніи обнаруживается нѣкоторая чувствительность только слѣва и кверху отъ пупка. Стула не было. t° веч. 37,5.

Остальные дни t° нормальная. Боли живота день отъ дня уменьшались. Уплотненіе въ области слѣпой кишки подъ конецъ исчезло. Стулъ былъ нѣсколько задержанъ.

3/VII. Больная выписалась, вполнѣ оправившись.

№ 83. *Евдокія С.*, кр., дѣв., 16 лѣтъ. Поступила въ больницу 29 іюня 1899 г. выписалась 20-го августа.

Anamn. Недѣлю назадъ появились рѣзкія боли по всему животу, затѣмъ боли ограничились и локализовались въ правой половинѣ. Всю недѣлю правильныя испраженія.

St. praes. Больная хорошо упитанная; общее состояніе удовлетворительное. Животъ слегка вздутъ и напряженъ. При ощупываніи въ области правой подвздошной ямки прощупывается довольно значительный и плотный инфильтратъ, поднимающійся пальца на 3 надъ Пупартовой связкой. При выстукиваніи этой области—легкое притупленіе. Животъ въ правой подложечной области рѣзко болѣзненъ. Въ остальной же части живота болѣзненности не замѣчается. t° 39,4. Ord.: опій и ледъ.

30/VI. t° утр. 38,8. t° веч. 39,0.

31/VI. t° утр. 38,2. Общее состояніе хорошее. Инфильтратъ рѣзко прощупывается, но болѣзненность немного меньше. t° веч. 38,8.

1/VII. t° утр. 37,6. Болѣзненность въ области инфильтрата меньше, но самъ инфильтратъ безъ измѣненій. t° веч. 37,9.

2/VII. 37,0. Инфильтратъ немного меньше. t° веч. 36,9.

3/VII. t° утр. 36,8. Инфильтратъ значительно уменьшается, болѣзненность незначительная. t° веч. 36,9. Остальные дни t° нормальная. Инфильтратъ сталъ быстро уменьшаться. Стулъ правильный.

20/VII. Больная выписалась съ незначительнымъ уплотненіемъ въ области слѣпой кишки, въ остальномъ же, какъ совершенно оправившаяся.

№ 84. *Александра П.*, жѣщ., дѣв., 17 лѣтъ. Поступила въ больницу 5-го августа 1899 г., выписалась 19-го августа.

Anamn. 3 недѣли боли въ подвздошно-слѣпой области, лихорадка, озноб, поносъ по 3 раза въ день; послѣднее время поносъ рѣже. Боли усиливаются при ходьбѣ. Въ прошломъ году имѣла дифтеритъ. Menses съ 13 лѣтъ, черезъ 4 недѣли, правильны, послѣдняя 26-го іюля.

St. praes. Хорошаго питанія, правильнаго сложенія. Языкъ мало обложенъ влаженъ. Животъ вздутъ и чувствителенъ въ области слѣпой кишки. Перкуторный тонъ здѣсь не притупленъ, опухоли не прощупывается. Дѣятельность сердца вполнѣ удовлетворительная. t° 37,8°. Ord.: опій и ледъ.

7/VIII. t° утр. 37,0. Стулъ жидкій. Боль живота при лежаніи незначительна, усиливается при движеніяхъ. При ощупываніи чувствителна вся правая половина живота, особенно область печени. Печень не прощупывается, перкуторно не увеличена. t° веч. 37,1.

8/VIII. t° утр. 37,0. Стула не было. Вечеромъ были сильныя боли, по указанію больной, въ лѣвомъ mesogastrium. Сегодня болѣзненность значительно меньше, но осталось болѣе ограниченная вправо отъ пупка. Прощупать ничего не удается.

Остальные дни боли въ области слѣпой кишки почти не появлялись, но повременамъ ночью появлялись боли въ лѣвой половинѣ. t° все нормальная.

12/VIII. Больная выписалась, какъ вполнѣ выздоровѣвшая.

№ 85. *Софія Шмидъ.*, зам., 39 лѣтъ. Поступила въ больницу 14-го августа 1899 г., выписалась 25-го августа.

Anamn. Съ 6-го августа появились въ животѣ схваткообразныя боли, отдающія въ спину и внизъ живота. Рвота была 14-го августа, раньше не было. Стулъ задержанный. Раньше страдала подобными же болями, но ее лечили отъ маточной болѣзни. Menses были на дняхъ, правильныя. Не рожала.

St. praes. Хорошаго питанія и сложенія. Языкъ обложенъ. Животъ вздутъ, но мягокъ и безболѣзненъ. Печень у края реберъ. Селезенка не увеличена; лѣвая почка прощупывается, безболезнена; область правой почки сзади безболѣзнена, спереди же на уровнѣ пупка больная при надавливаніи испытываетъ боль; въ глубинѣ прощупывается большое тѣло, напоминающее почку. Въ стоячемъ положеніи болѣзненность при надавливаніи справа между sp. ant. sup. и XII ребромъ. Границы сердца заходятъ вѣлво за сосковую линію и вправо за правый край грудины. Тоны сердца чисты. Легкія свободны. t° 38,9°. Ord.. опій и ледъ.

16/VIII. t°. утр 38,2. пульсъ 88. Моча съ обильнымъ осадкомъ въ ур. вѣсъ 1,021, бѣлка нѣтъ. При микроскопическомъ изслѣдованіи кристаллы мочекислыхъ солей, гнойныхъ тѣлецъ не замѣчается. Животъ болѣзненъ въ области правой почки. Тутъ прощупывается довольно твердое слабо-болѣзненное тѣло. Контуры его ясно опредѣляются. Лѣвая половина живота безболѣзненна, также и hypochondrium, подъ ложечкой небольная чувствительность.

Тошнило, но рвоты не было. Языкъ обложенъ, стулъ былъ жидкій—нѣсколько разъ. Сильныхъ схваткообразныхъ болей не было, но есть постоянная боль, усиливающаяся при движеніи или неловкомъ положеніи больной. t° вечъ. 39,2.

17/VIII. t° утр. 37,8. Пульсъ 76. Боли безъ измѣненія. Въ правой половинѣ живота прощупывается большое твердое тѣло, болѣзненное на ощупь. Опухоль эта со вчерашняго дня немного увеличилось. Стулъ нѣсколько разъ, жидкій. Озноба не было. t° веч. 38, 8.

18/VIII. t° утр. 38,0. Пульсъ 84. Вчера послѣ 2 часовъ пополудни былъ ознобъ, не очень сильный. Въ правой половинѣ живота прощупывается большое, твердое тѣло, которое кверху неясно контурируется, книзу почти доходитъ до spina ant. sup. oss. ilei. Болѣзненность довольна значительная. Въ осадкѣ мочи форменныхъ элементовъ не найдено. t° веч. 39,3.

19/VIII. t° утр. 38,0. Пульсъ 80. Опухоль сегодня меньше, чѣмъ вчера, болѣзненность же не уменьшается. Языкъ обложенъ по прежнему. Тошноты и рвоты не было. Поносъ 4 раза. Озноба не было. t° веч. 37,6.

20/VIII. t° утр. 36,8. Пульсъ 60. Стула не было. Языкъ еще сильно обложенъ. Болѣзненность уменьшилась и сама опухоль тоже меньше и теперь ясно опредѣляются ея границы. t° веч. 37,3.

21/VIII. t° утр. 36,4. Пульсъ 52. Опухоль значительно уменьшилась, болѣзненность почти исчезла. Языкъ чище. Стула не было. t° веч. 36,4.

Уменьшеніе опухоли шло быстро со дня на день, такъ что ко дню выписки совершенно исчезла, а также исчезла и болѣзненность. Стулъ оставался нѣсколько задержанъ.

25/VIII. Больная выписана, какъ выздоровѣвшая.

№ 86. *Ольга Ив.*, кр., 36 лѣтъ. Поступила 16-го августа 1899 г., выписалась 20-го августа.

Anamn. Съ 7-го августа начались боли въ подвздошно-слѣпой области и въ поясницѣ, рвота и жаръ. Года 2 тому назадъ съ тѣми же симптомами лежала въ Обух. больницѣ. Крови всегда правильны. Рожала 6 разъ; 1 разъ выкинула.

St. praes. Больная бѣдная, плохо упитанная женщина; жалуется на боли въ правой подвздошной области; животъ вздутъ, опухоли въ области слѣпой кишки никакой не прощупывается, только порядочная болѣзненность. Печень, селезенка, легкія нормальны. Границы сердца нормальны; первый тонъ на верхушкѣ не чистый. Стуза не было 4 дня. t° 38,7°. Ord.: опій и ледъ.

Скоро t° упалъ до нормы, боли исчезли и 20-го августа больная выписалась, какъ вполнѣ оправившаяся.

№ 87. *Анна Ил.*, дѣв., 19 лѣтъ. Поступила въ больницу 26-го сентября 1899 г. Выписалась 8-го октября.

Anamn. 23/IX больная подняла какой-то тяжелый предметъ, причемъ почувствовала боли въ животѣ. 25/IX вечеромъ болѣ всего живота внезапно обо-

стрилась, появилась рвота, озноб, жаръ и больная слегла въ постель. Къ ночи былъ нормальный стулъ. 26/XI боли въ животѣ продолжались съ той же силой внизу и главнымъ образомъ справа. Была 4 раза рвота, стула же и вѣтровъ не было. Menses на 14-мъ году, черезъ 3—4 недѣли по 3 дни.

St. praes. Больная правильнаго тѣлосложенія и удовлетворительнаго питанія. Языкъ обложенъ, суховатъ, губы запекшіяся. Пульсъ 120. Дыханіе 45, поверхностное. Животъ равномѣрно и умѣренно вздутъ, симметриченъ и напряженъ. Ощупываніе нижней половины живота чрезвычайно болѣзненно; изъ-за сильнаго напряженія брюшныхъ стѣнокъ и болѣзненности ничего прощупать не удается, перкуссіей тоже ничего не опредѣляется. Болѣзненность наиболѣе выражена справа и въ области пупка. t° 39,3. Ord.: опій и ледъ.

28/IX. t° утр. 38,5. Пульсъ 104. Дыханіе 30. До 2-хъ час. ночи сильнѣйшія боли въ животѣ; съ 2-хъ же часовъ боли стихли и больная уснула. Животъ почти не вздутъ, напряженіе стѣнокъ еще очень значительное, также держится и болѣзненность, прощупать опредѣленно ничего не удается. Рвоты не было. Вѣтры отходятъ. Стула не было. t° веч. 38,6.

29/IX. t° утр. 37,3. Пульсъ 84. Дыханіе 32. Ночь спала не особенно хорошо, хотя болей живота не было. Стула не было. Вѣтры отходятъ. Животъ не вздутъ, болѣзненность только въ подвздошной области, гдѣ прощупывается повышенная резистентность, лежащая ближе къ пупочной области, произвольныя боли почти совсѣмъ прекратились. t° веч. 38,1.

30/IX. t° утр. 37,4. Пульсъ 90. Дыханіе 27. Сегодня утромъ появились регулы, на недѣлю раньше срока. Сегодня же съ утра наступило рѣзкое ухудшеніе какъ общаго состоянія, такъ и мѣстныхъ явленій: боли, стихшія раньше, вновь появились; болѣзненность тоже обострилась и распространилась на всю правую половину живота. Ясно прощупать что либо изъ-за сильнаго напряженія брюшныхъ стѣнокъ не удается. Стула не было. Вѣтры не отходятъ. t° 37,8. Ord.: опій и ледъ.

1/IX. t° утр. 37,0. Пульсъ 84. Дыханіе 32. Языкъ густо обложенъ. Самочувствіе больной лучше. Боль стихаетъ. Болѣзненность въ области правой подвздошной ямкѣ еще значительна, а такъ же и напряженіе брюшныхъ стѣнокъ, почему кромѣ повышенной резистентности ничего не удается прощупать. Стула не было. Вѣтры не отходятъ. Регулы прекратились. t° вен. 38,1.

2/IX. t° утр. 37,1. Пульсъ 72. Дыханіе 24. Самочувствіе хорошее. Ночь спала. Животъ совсѣмъ не болитъ. Стула не было. Вѣтры отходятъ. Вздутіе живота уменьшилась, а также болѣзненность и напряженіе. Вправо и книзу отъ пупка прощупывается уплотненіе безъ опредѣленныхъ границъ. При ощупываніи изрѣдка получаюсь легкое gargouillement. t° веч. 37,2.

3/XI t° утр. 36,5. Пульсъ 66. Дыханіе 18. Ночь спала. Стула не было. Вѣтры отходятъ. Самочувствіе хорошее. Животъ мягкій и безболѣзненный. Въ правой подвздошной ямкѣ уплотненіе значительно уменьшилось. t° веч. 36,8.

Остальные дни t° нормальная. Опухоль скоро совсѣмъ исчезла, а также и болѣзненность.

7/IX. Больная выписалась, какъ вполнѣ оправившаяся.

№ 88. *Авдотья Фил.*, крест., вдова, 43 л. Поступила въ больницу 1-го ноября 1899 г., выписалась 19-го ноября.

Anamn. Заболѣла 4 дня тому назадъ болями по всему животу, а особенно справа внизу. Рвоты не было. Menses на 13-мъ году, черезъ 3—4 недѣли по 4 дня, умѣренныя и безъ боли. Сегодня появились крови. Подобныя же припадокъ былъ 3 мѣс. тому назадъ. Стулъ до 1-го припадка и послѣ него былъ нормальный. Первый припадокъ больная ставитъ въ связь съ поднятіемъ тяжести.

St. praes. Больная умѣреннаго питанія и сложенія. Животъ вздутъ, брюшныя стѣнки напряжены. Справа въ подвздошной области прощупывается болѣзненная опухоль, не доходящая до пупка пальца на два. Перкуторный тонъ надъ опухолью притупленъ. Per vag.: въ правомъ сводѣ небольшой рубецъ, опухоли не удается прощупать и связи ея съ маткой не опредѣляется. t° 38,0. Ord.: опій и ледъ.

3/XI. t° утр. 36,7. Послѣ клизмы прослабило. Боли меньше. Въ подвздошно-слѣпой ямкѣ ясно прощупывается опухоль, въ кулакъ величиною. t° вен. 37,1.

4, 5 и 6/XI t° нормальная, опухоль стала замѣтно уменьшаться. Стулъ задержанъ.

7/XI. t° утр. 36,9. Сегодня опухоль, какъ будто, больше, она поднимается до высоты пупка и до l. alba, отъ sp. ant. sup. же отстоитъ пальца на 2. Поверхность опухоли гладкая, края округлены; болѣзненность опухоли небольшая. Стула не было. t° веч. 37,6.

Остальные дни t° нормальная. Опухоль постепенно уменьшалась и скоро стала совсѣмъ безболѣзненной. Стулъ былъ задержанъ.

19/XI. Больная выписалась, какъ вполнѣ оправившаяся.

№ 89. *Ефрос. П.*, кр., замуж., 28 л. Поступила въ больницу 10-го марта 1900 года. Выписалась 18-го марта.

Anamn. Ночью съ 7-го на 8-е марта сразу появились боли въ животѣ, въ правой сторонѣ внизу; тошнота и нѣсколько разъ рвота, головокруженіе. Передъ заболѣваніемъ были мѣсячныя, которыя скрылись со дня заболѣванія и вновь появились 10-го марта. Отъ врача получила слабительное, послѣ котораго 9/III былъ 3 раза стулъ, при этомъ появились сильныя боли въ правомъ боку. Боли все время постоянныя. Менструаціи неправильныя и съ сильною болью. Рожала съ 1 разъ. На 13-мъ году больной дѣлали операцію въ правомъ боку (hernia?) и съ тѣхъ поръ здѣсь по временамъ появлялись боли. 10/III вечеромъ больной поставили клистиръ, послѣ того появилась сильная боль, вскорѣ сразу прекратившаяся, но ночью появившаяся вновь.

St. praes. Больная умѣреннаго питанія. Кожа чиста, языкъ влаженъ, слегка

обложенъ. Рвоты, и тошноты нѣтъ. Животъ мягкій, невадутый. Чувствительность довольно значительная въ подвздошно-слѣпой области, гдѣ прощупывается также и инфильтратъ, идущій почти параллельно съ Пупартовой связкой. Небольшая чувствительность въ правомъ hypochondrium по ходу colon ascend. Печень увеличена на 2 пальца. Селезенка не увеличена. Послѣдній стулъ послѣ клизмы вчера вечеромъ (10/III). Со стороны сердца ничего особеннаго. Тоны чисты и правильны. Пульсъ правильный, средняго наполненія и напряженія. Насморка нѣтъ. Кашель небольшой и сухой. Въ легкихъ ничего особеннаго не наблюдается. При изслѣдованіи per vaginam оказывается retroflexio uteri, въ остальномъ ничего особеннаго. t° 36,6. Ord.: опій и ледъ.

12/III. t° утр. 36,5. Пульсъ 64. Инфильтратъ еще прощупывается, болѣзненность меньше. Языкъ едва обложенъ. t° веч. 37,8.

13/III. t° утр. 36,7. Пульсъ 52. Языкъ чистъ, стула не было, болѣзненность въ подвздошно-слѣпой области небольшая. t° веч. 36,5.

Остальные дни t° также оставалась нормальной. Болѣзненность живота скоро исчезла, но опухоль, хотя и уменьшилась, но осталась замѣтна и при выпискѣ. Стулъ былъ нѣсколько задержанъ.

18/III. Больная выписана, какъ выздоровѣвшая.

II. Случаи, леченные оперативно.

№ 1. См. выше.

№ 2. *Ева Кан.*, мѣщ., вдова, 51 года. Поступила въ больницу 12-го марта 1892 года, выписалась 29-го апрѣля.

Anamn. Заболѣла 6-го марта болью въ правой сторонѣ живота, тошнотой и рвотой. Стулъ былъ за это время 2 раза: 8-го и 11-го марта. 8-го принимала касторку, послѣ которой вырвало. Погрѣшности въ діэтѣ отрицаетъ.

St. praes. Животъ слегка вздутъ, асимметриченъ, именно подвздошно-слѣпая область болѣе выдается. При ощупываніи здѣсь опредѣляется опухоль, не рѣзко ограниченная, дающая ясную глубокую флюктуацію и крайне болѣзненная при надавливаніи. Общее со стояніе вполнѣ удовлетворительно. t° 38,4. Пульсъ 72. Ord.: опій и ледъ.

13/III. t° утр. 37,9. Спала плохо изъ-за болей живота. Вчера по ошибкѣ получила слабительное, послѣ котораго хорошо прослабило.

Подъ хлороформинмъ наркозомъ послѣ предварительнаго пробнаго прокола, которымъ извлеченъ сѣро-желтый гной, сдѣланъ (А. А. Кадьяномъ) послойный, типичный для перитифлита разрѣзъ передней брюшной стѣнки. Вскрытъ большой гноянникъ, причемъ выдѣлились вмѣстѣ съ гноемъ два каменька и комки, имѣвшіе каловыхъ массъ. Гноянникъ ограниченъ мягкими частями, повидимому, кишками; кверху и кнаружи онъ распространяется высоко вдоль брюшной стѣнки.

Полость гноянника промыта растворомъ сулемы (1‰), протерта мокрыми ватными шариками и затампонирована іодоформной марлей; поверхъ асептическая повязка. t° веч. 37,7.

14/III. t° утр. 36,8. Послѣ наркоза была нѣсколько разъ рвота. Больная жалуется на боли живота и позывы на низъ. Повязка промокла кровянистой жидкостью. Перевязка: смѣнены только верхніе слои. Поставлена небольшая клизма. t° веч. 39,6. Пульсъ 114.

15/III. t° утр. 36,0. Пульсъ 84. Больная чувствуетъ себя удовлетворительно. Рвота и тошнота прекратилась, но боль въ животѣ продолжается. Животъ мягче. t° веч. 37,8.

Остальное время t° была нормальной. Отдѣленіе раны съ примѣсью кала продолжалось въ изобиліи почти до времени совершеннаго зажившенія раны. Перевязки производились черезъ 1—2 дня.

29/IV. Больная выписана, какъ вполнѣ поправившаяся, съ правильнымъ отправленіемъ кишечника и съ совершенно зажившей раной.

27/V. Больная вновь принята въ больницу со свищемъ на мѣстѣ рубца, открывшимся спусти недѣлю по выпискѣ изъ больницы. Черезъ 16 дней свищъ самостоятельно закрылся. Больной ежедневно прописывалось слабительное или клизма; свищъ перевязывался и иногда прижигался лписсомъ.

4/VI. Больная выписана.

№ 3. *Анна Пер.*, кр., вд., 26 лѣтъ. Поступила въ больницу 10-го мая 1892 г., выписалась 8-го августа.

Anamn. Заболѣла 8-го мая во время работы болью въ животѣ справа. Стула не было съ 7-го мая до поступленія въ больницу. Раньше была здорова, подобной болѣзнью никогда не страдала. Погрѣшность въ діэтѣ отрицаетъ. Былей нѣтъ. Menses нормальны. Рожала 3 раза, послѣдній разъ 3 года тому назадъ.

St. praes. Больная хорошаго тѣлосложенія и питанія, немного блѣдна. Языкъ обложенъ. Границы сердца нормальны, тоны чисты, первый тонъ на art. pulmonalis съ акцентомъ, пульсъ хорошій. Животъ вздутъ умѣренно, болѣзненъ въ правой сторонѣ, гдѣ прощупывается колбасовидная опухоль соотвѣтственно слѣпой и восходящей кишкѣ, очень болѣзненная при надавливаніи. Правая поясничная область также очень болѣзненна. Печень и селезенка немного увеличены. Per vaginam: матка подвижна и безболѣзненна, endometritis; вышеописываемая опухоль прощупывается, но находится внѣ всякой связи съ придатками. Моча кислой реакціи, бѣлка и сахара не содержитъ. t° 39,6°. Ord.: опій и ледъ.

12/V. t° утр. 38,7. Пульсъ 84. Дых. 32. Спала плохо, жалуется на боль въ правой сторонѣ живота, гдѣ какъ и вчера прощупывается уплотненіе. Животъ болѣе вздутъ, чѣмъ вчера. Стула не было. Моча выпускается катетромъ. t° веч. 38,4.

13/V t° утр. 38,8. Пульсъ 84. Дых. 32. Спала очень плохо. Боль въ правой подвздошной ямкѣ меньше, но въ правой поясничной области сильнѣе. Уплотненіе

въ подвздошно-слѣпой области прощупывается менѣе ясно, а также и менѣе болѣзненно. Мочилась безъ катетра. Стула не было, но есть позывы напивъ. Вѣтры отходятъ. t° веч. 38,2.

14/v. t° утр. 38,3. Пульсъ 72. Дых. 32. Спала сносно. Боль въ животѣ меньше. Уплотненіе справа in statu quo. Стула не было (8-ой день). t° веч. 38,2.

15/v. t° утр. 37,0. Пульсъ 72. Дых. 32. Спала хорошо. Боль только въ правой поясничной области. Вздутіе живота меньше, болѣзненность въ правой сторонѣ также значительно меньше. При опущиваніи явленія тѣ же. Сегодня утромъ былъ стулъ, нежидкій, въ небольшомъ количествѣ. Общее состояніе и самочувствіе удовлетворительны. t° веч. 38,2.

16/v. t° утр. 37,7. Пульсъ 68. Дых. 32. Общее состояніе удовлетворительно. Спала сносно. Вздутіе живота меньше. Инфильтратъ въ правой сторонѣ живота сталъ тверже, но менѣе болѣзненнымъ. Правая поясничная область также менѣе болѣзнена. t° веч. 39,0. Пульсъ 84.

17/v. t° утр. 37,7. Пульсъ 80. Дых. 32. Спала плохо вслѣдствіе болей въ боку. Вчера вечеромъ и сегодня утромъ былъ обильный потъ. Вздутіе живота небольшое. Языкъ обложенъ. Стула не было.

Подъ хлороформнымъ наркозомъ послѣ безрезультатнаго пробнаго прокола сдѣланъ (*А. А. Кадьяномъ*) разрѣзъ надъ sp. ant. sup. dext. и наружной третью Пупартовой связки черезъ кожу и мышечные слои до поперечной фасціи, но пробные проколы не обнаружили здѣсь присутствія гноя, послѣ чего разрѣзъ продолженъ кзади вдоль crista ilei, гдѣ послѣ нѣсколькихъ пробныхъ проколовъ былъ найденъ гнойникъ, который и вскрытъ. Пальцемъ, введеннымъ въ гнойникъ, опредѣляется больная полость съ мягкими стѣнками, расположенная кзади отъ толстой кишки, которая была видна въ ранѣ. Гнойникъ распространялся по преимуществу кзади и кнаружи, но отчасти и кнутри, гдѣ онъ лежалъ очень глубоко позади кишекъ, тѣмъ и объясняется безрезультатность пробныхъ проколовъ. Гной жидковатый и отвратительно вонючій. Полость слегка промыта борнымъ растворомъ и затампонирована іодоформной марлей, поверхъ асептическая повязка. t° веч. 39,4.

18/v. t° утр. 37,7. Пульсъ 90. Языкъ влажный. Больная жалуется на боли живота, преимущественно въ области раны. Животъ вздутъ. Повязка сильно промокла. Перевязка: перемѣнены верхніе слои, тампоны же не вынимались. t° веч. 38,1.

Дальнѣйшее послѣопераціонное теченіе удовлетворительно, хотя t° иногда поднималась свыше 38° вслѣдствіе задержки гноя. Стулъ вызывался клизмами.

8/iii. Больная выписалась съ грануліирующей поверхностной раной.

№ 3а. См. выше.

№ 4. *Екатерина Ст.*, кр., замуж., 50 лѣтъ. Поступила въ больницу 26-го августа 1892 г., выписалась 22-го октября.

Anamn. 25-го августа въ 9 ч. утра появилась рвота, до этого же былъ поносъ. Наканунѣ поѣла картофелю.

St. praes. Языкъ сухой, слегка обложенъ. Тоны сердца чисты, но глуховаты. Обѣ верхушки легкихъ даютъ слегка притупленный тонъ, дыханіе ослаблено, спереди надъ верхушками при ослабленномъ дыханіи удается уловить нѣсколько хриповъ. Животъ вздутъ, кожа тѣстовата, ощупываніе болѣзненно. Въ regio ileo-coecalis прощупывается довольно твердая и весьма чувствительная при надавливаніи опухоль. Стулъ жидкій. 1 разъ вырвало. t° 39,3. Ord.: опій и ледъ.

27/viii. t° утр. 36,8. Пульсъ 64, очень малый. Языкъ обложенъ. Ни тошноты, ни рвоты нѣтъ. Животъ вздутъ, боли меньше, но въ подвздошно-слѣпой области чувствительность довольно значительная. Опухоль увеличилась. t° веч. 38,1.

28/viii. t° утр. 37,0. Пульсъ 72, правильный. Спала плохо. Стула не было. Сильныя боли въ правой половинѣ живота. Опухоль увеличилась: вѣлко доходитъ почти до срединной линіи, а вверхъ до sp. ant. sup. t° веч. 37,5.

29/viii. t° утр. 36,8. Пульсъ 72 правильный и довольно полный. Стула не было. Опухоль въ подвздошно-слѣпой области рѣзче очерчена. Чувствительность же и боли гораздо меньше. t° веч. 36,9.

30/viii. t° утр. 37,0. Пульсъ 68, нѣсколько аритмичный. Языкъ обложенъ. Стула не было. Опухоль, какъ будто, меньше. Больная жалуется на боли въ правомъ боку; при выслушиваніи довольно много сухихъ хриповъ по всему легкому, справа сзади и снизу пенсивный шумъ треніи плевры. t° веч. 38,0.

31/viii. t° утр. 37,5. Пульсъ 84. Спала хорошо. Послѣ клизмы былъ стулъ. Боли въ области слѣпой кишки меньше; опухоль твердая, ограниченная. Боли въ правомъ боку теперь меньше, но перкуторный тонъ справа, сзади, снизу и по l. axillar. dext. притупленъ, дыханіе ослаблено. t° веч. 38,8.

1/ix. t° утр. 38,2. Пульсъ 76. Дых. 24. Языкъ чище. Опухоль и боль въ подвздошно-слѣпой области меньше. Боли въ правомъ боку также меньше. Перкуторный тонъ ясно. t° веч. 39,1.

2/ix. t° утр. 38,0. Пульсъ 80. Спала плохо изъ за кашля. Стулъ нормальный. Опухоль въ подвздошно-слѣпой области увеличилась, даетъ глубокую флюктуацію. Перкуторный тонъ легкихъ сзади, справа, снизу нѣсколько глухой, дыханіе ослаблено. t° веч. 40,0.

3/ix t° утр. 36,7. Подъ хлороформнымъ наркозомъ сдѣланъ (А. А. Кадьяномъ) послойный разрѣзъ брюшной стѣнки надъ sp. ant sup. dext. и наружной половиной Пупартовой связки. Брюшина оказалась сильно утолщенной, по вскрытіи ея палецъ проникъ въ гнойную полость величиною въ небольшой кулакъ. На днѣ ея прощупывается мышца, покрытая фасціей (fascia iliaca), спереди слившаяся кишки. Полость распространяется въ глубину кзади и кнутри. Тампонада іодоформной марлей, поверхъ асептическая повязка. t° веч. 37,0.

4/ix. t° утр. 37,4. Пульсъ 80. Вчера вечеромъ и сегодня утромъ нѣсколько разъ вырвало. Языкъ влажный. Животъ не вздутъ. Больная жалуется на боль живота и общую слабость. t° веч. 38,6.

Дальнѣйшее послѣоперацiонное теченiе нормальное. Перевязки черезъ 4 — 5 дней.

22/х. Больная выписалась съ зарубцевавшейся раной. Выпячиванiя на мѣстѣ разрѣза нѣтъ.

№ 5. *Ульяна Бѣл.*, кр., замуж., 32 лѣтъ. Поступила въ больницу 5-го января 1893 г. Выписалась 31 мая.

Anamn. Захворала 8 мѣсяцевъ тому назадъ лихорадкою, болью внизу живота и въ поясницѣ и болью при мочеиспусканiѣ. Мѣсяцъ спустя per rectum отошло много гноя (вѣроятно, гнойникъ прорвался въ кишку?). Съ тѣхъ поръ постоянно хвораетъ, то поправлялась, но не вполнѣ, то вновь заболѣвая. 8 лѣтъ тому назадъ перенесла воспаленiе легкихъ. Menses на 16-мъ году, но 5 дней черезъ 4 недѣли, правильно, безъ болей, послѣднiя въ iюлѣ прошлаго года. Рожала 3 раза въ срокъ и благополучно; первыя роды на 22 году, послѣднiя 2 году тома назадъ. Не выкидывала.

St. praes. Больная жалуется на боли въ лѣвомъ паху и въ поясницѣ и на головную боль. Животъ умѣренно вздутъ; въ лѣвой паховой области прощупывается черезъ брюшныя стѣнки гладкая продолговатая опухоль съ ясными границами. *Per vaginam*: Uterus in anteflex. et laterovers. dextra, подвижность матки ограничена. Portio vaginalis ничего особеннаго не представляетъ—нѣсколько укопчена. Слѣва около матки, соприкасаясь съ ней почти по всей длинѣ, начиная отъ угла и до port. vag., находится опухоль, величиною съ яйцо, овальной формы, безъ ясной флюктуацiи, подвижная вмѣстѣ съ маткой, самостоятельная же подвижность ея небольшая. t° 5/I веч. 38,3. Остальные же дни t° оставалась нормальной. До 21-го февраля никакихъ перемѣнъ съ больной не было. Опухоль слѣва отъ матки (cystoma ovarii sin. intraligamentosa) оставалась въ томъ же видѣ. Отправленiе кишечника было вяло, поэтому часто назначались клизмы. 8/I прiшли menses, вчерные послѣ iюля. 20/п съ 9 часовъ вечера появились сильныя боли въ правой половинѣ живота, насморкъ и головная боль.

21/п. t° утр. 37,8. Пульсъ 96. Сильныя боли въ правой половинѣ живота, въ паху и въ почечной области. Прощупать что либо опредѣленное не удается вслѣдствiе напряженiя брюшныхъ стѣнокъ; перкуторный тонъ здѣсь нѣсколько притупленъ. Въ зѣвѣ красното. Опухоль слѣва въ томъ же состоянiи, какъ и раньше, немного болѣзненна; *per vaginam* также ничего новаго не обнаружено. t 39,4 Ord.: опiй, морфiй, ледъ и клизмы.

22/п. t° утр. 39,4. Пульсъ 125, слабый. Больная сильно осунулась. Клизма не подѣйствовала, вышла одна вода, да и то не вся. Во время клизмы и послѣ клизмы была рвота, икота же появилась со вчерашняго вечера. Животъ вздутъ немного больше, болѣзненность распространилась по всему животу, но наибольшая попрежнему въ правой половинѣ въ области слѣпой и восходящей толстой кишки, мышцы здѣсь сильно напряжены и перкуторный тонъ притупленъ. Пра-

вая почечная область также крайне болѣзненна. Субъективныя боли весьма сильны. t° веч. 38,9. Пульсъ 122.

23/п. t° утр. 37,5. Пульсъ 88. Самочувствiе гораздо лучше, остальныя явленiя тѣже. Подъ наркозомъ Хлороформомъ (40,0) сдѣланъ послойный разрѣзъ брюшной стѣнки надъ crista et sp. ilei dext., переходящiй впередъ надъ Пупартовой связкой; по вскрытiи брюшины вытекло не очень большое количество гноя и показалась кишка, покрытая гнойно-фибринознымъ налетомъ, затѣмъ по пальцу проведенъ корридоръ кзади и кверху и сдѣлано немного ниже послѣдняго ребра противоотверстiе, изъ котораго также опорожнился гной. Проведенъ сквозной дренажъ, тампонъ изъ iодоформной марли и поверхъ положена асептическая повязка. t° веч. 36,4.

24/п. t° 36,7. Вчера послѣ наркоза была рвота, сегодня же рвоты нѣтъ, самочувствiе много лучше, больная жалуется только на затрудненное дыханiе. Повязка промокла. Перевязка: перемѣнены только верхнiе слои, тампоны же и дренажъ оставлены безъ перемѣны. Животъ довольно сильно вздутъ, при глубокомъ надавливанiи болѣзненъ. t° веч. 36,1.

Остальное время до дня выписки t° оставалась нормальной и только 16/м и 20/м поднялась до 38,6—38,3. Перевязки производились черезъ 4—5 дней. Иногда были запоры. Къ 28/т операцiонная рана совершенно зажила, но больная оставалась въ больницѣ еще до 31/v вслѣдствiе развившагося воспаленiя мочевого пузыря.

31/v. Больная выписана, какъ поправившаяся. Опухоль слѣва отъ матки осталась въ томъ же состоянiи, какъ и при поступленiи въ больницу.

№ 6. *Авдотья Кит.*, мѣщ., вд., 40 лѣтъ. Поступила въ больницу 24-го апрѣля 1893 года, выписалась 7-го iюня.

Anamn. 21-го апрѣля появились схваткообразныя боли въ животѣ, продолжавшiяся до дня поступленiя въ больницу. Въ ночь съ 23-го на 24-ое была рвота. Испражненiя ежедневно, нормальныя. Отъ такой же болѣзни лежала передъ Пасхою 1893 г. въ Обуховской больницѣ: была рвота и боль въ животѣ. Menses правильныя. Рожала 13 разъ, правильно. Не выкидывала. 12 лѣтъ тому назадъ перенесла въ Обухов. больницѣ тифъ.

St. praes. Больная средняго роста, правильнаго сложенiя и хорошаго питанiя. Языкъ обложенъ; бокъ подъ ложечкой, аппетита нѣтъ; жажда; дурной вкусъ во ртѣ. Животъ вздутъ, перистальтика кишекъ легко вообудима. Животъ болѣзненъ при ощупыванiи, особенно въ области слѣпой кишки, которая ясно прощупывается и очень болѣзнена. Вся правая половина живота дастъ притупленный тонъ. Печень, селезенка и легкiя ничего особеннаго не представляютъ. Сердце нормальныхъ размѣровъ, тоны чисты, но слабы. Стулъ былъ сегодня утромъ. Моча (выпущенная катетромъ) кислой реакцiи, насыщеннаго цвѣта, уд. вѣса 1,018, бѣлка не содержитъ; слѣды индикана. t° 39,9 Ord.: опiй и ледъ.

25/IV. t° утр. 37,3. Пульс 100. Во рту сохнетъ; икота и тошнота. Боль въ животѣ, отдающая въ спину и ногу; значительная перистальтика. Ночью и сегодня утромъ была рвота. Въ области слѣпой кишки прощупывается уплотненіе. t° веч. 37,8.

26/IV. t° утр. 38,1. Пульсъ 88. Стула не было. Боль въ животѣ безъ перемѣны. Рвоты и тошноты нѣтъ. Животъ вздутъ и чувствительенъ, но область слѣпой кишки менѣе болѣзненна, чѣмъ вчера, а также и уплотненіе, какъ будто, уменьшилось. Общее состояніе лучше. t° веч. 38,2.

27/IV. t° утр. 37,9. Пульсъ 90. Стула не было. Языкъ немного чище. Животъ вздутъ и болѣзненъ. Въ области слѣпой кишки уплотненіе безъ перемѣны. t° веч. 37,9.

28/IV. t° утр. 37,6. Послѣ клизмы прослабило. Въ подвздошно-слѣпой области прощупывается продолговатая, неподвижная опухоль, въ небольшое яблоко величиною. Наружные покровы надъ опухолью не измѣнены. Подъ хлороформимъ наркозомъ сдѣланъ (*Ф. Ф. Мобиусомъ*) дугообразный разрѣзъ, начинающійся на 3 стм. надъ sp. ant. sup. и идущій по направленію къ границѣ между наружной и средней третью Пупартовой связки. Послойный разрѣзъ до поперечной фасціи. Пробный проколъ далъ гной. Вскрыта ограниченная гнойная полость съ густымъ, безъ запаха, гноемъ. Тампонада. Сухая повязка. t° веч. 38,5.

Послѣопераціонное теченіе гладкое; t° нормальная. Запоры. Перевязки черезъ 3—4 дня.

7/VI. Больная выписана, какъ совершенно выздоровѣвшая съ плотнымъ втянутымъ рубцемъ на мѣстѣ раны безъ выпячиванія.

№ 7. *Монахина Ев.*, дѣв., 43 л. Поступила въ больницу 29-го мая 1893 г., выписалась 26 іюля.

Anamn. Заболѣла 26-го мая сильными болями всего живота, рвотой и запоромъ, продолжающимся до дня поступленія въ больницу. Рвота появлялась послѣ каждаго пріема слабительнаго. Прежде никогда не страдала подобными припадками. До болѣзни больная очень много ходила.

St. praes. Больная крѣпкаго тѣлосложенія и хорошаго питанія. Жалуется на сильныя боли въ животѣ, по временамъ схваткообразныя. Мочеиспусканіе настолько болѣзненно, что приходится выпускать мочу катетромъ. Животъ слегка вздутъ, особенно въ нижней части; перкуторный тонъ притупленъ надъ правой подвздошной ямкой. Ощупываніе живота вызываетъ сокращеніе мышцъ, такъ что прощупать ничего не удается. Языкъ суховатъ и слегка обложенъ. Ни рвоты, ни тошноты теперь нѣтъ. Стула не было. t° 38,8. Ord.: Opii и ледъ.

31/V. t° утр. 37,8. Пульсъ 96. Боли и вздутіе живота уменьшились. Правая подвздошная область выдается; притупленіе перкуторнаго тона выражено рѣзче, чѣмъ вчера; ясно прощупывается опухоль. Per vaginam: virgo intacta; матка in retroflexione, слегка подвижна, правый и задній своды немного выполнены плотнымъ экссудатомъ, не дающимъ выбленія. Стула не было. t° веч. 38,2.

1/VI. t° утр. 37,0. Больная чувствуетъ себя лучше. Животъ менѣе напряженъ и менѣе болѣзненъ. Опухоль въ правой подвздошной ямкѣ также, какъ будто, уменьшилась. Послѣ клизмы стула не было, но отошли въ изобиліи газы. t° веч. 38,2.

2/VI. t° утр. 38,3. Пульсъ 96. Явленія со стороны живота тѣ же. Опухоль въ правой подвздошной ямкѣ безъ перемѣны. Подъ наркозомъ хлороформомъ (30,0) сдѣланъ (*А. А. Кадьяномъ*) послойный разрѣзъ, обычный для перитонита. Вскрытъ гнойникъ, величиною съ небольшое яблоко. Стѣнки гнойника, судя по ощущенію пальца, состоятъ изъ склеившихся кишекъ. На часть раны наложены послойные швы. Тампонада, поверхъ асептическая повязка. t° веч. 38,8.

3/VI. t° утр. 37,9. Пульсъ 80. Общее состояніе удовлетворительно. Повязка промокла. Перевязка: стѣнены только верхніе слои. Животъ въ нижнихъ частяхъ вздутъ, но напряженъ не сильно. t° веч. 38,6.

Слѣдующіе дни t° продолжала оставаться повышенной иногда до 38,6. Черезъ задній сводъ опредѣляется гнойникъ въ маломъ тазу.

9/VI. t° утр. 37,2. Пульсъ 78. Языкъ чище. Сегодня впервые самопроизвольное мочеиспусканіе. Животъ сильно вздутъ, боли продолжаются, задній сводъ выдается, въ немъ ощущается ясное выбленіе. Подъ наркозомъ хлороформомъ (35,0) сдѣланъ (*В. А. Вастенолю*) разрѣзъ: выпущено большое количество отвратительно-вонючаго гною. Палецъ, введенный въ разрѣзъ, не доходитъ до границы полости. Вставленъ Т-образный дренажъ, рукавъ затампонировать. Перевязка раны на животѣ. t° веч. 37,5.

Слѣдующіе дни t° нормальная.

23/VI. t° утр. 36,7. Больная жалуется на сильныя боли во влагалищѣ. Перевязка: въ ранѣ на животѣ небольшое скопленіе гноя, при выдавливаніи вышелъ порядочный каловой камешекъ. Отдѣленіе изъ дренажа въ сводѣ необильное. t° веч. 37,6.

Отъ 24/VI до 27/V t° нормальныя. 25/VI и 27/VI—clysma.

28/VI. t° утр. 36,5. Послѣ клизмы прослабило. Перевязка: напиеніе небольшое, рана выполняется грануляціями. Дренажъ изъ разрѣза въ заднемъ сводѣ удаленъ, при чемъ вытекло довольно много вонючаго гноя. Больная уже дней шесть, какъ кочится сама. t° веч. 37,6.

Остальное время t° только разъ поднялась до 37,8°. Противъ запоровъ назначались клизмы. Перевязка производилась черезъ 4—5 дней.

25/VII больная выписана съ вполнѣ зажившими ранами.

№ 8. *Аѳотья В.*, кр., дѣв., 22 лѣтъ. Поступила въ больницу 23-го іюля 1893 г. Выписалась 5-го сентября.

Anamn. Больна съ 10-го іюля. Все время болитъ животъ въ области слѣпой кишки. До этого была всегда здорова. Крови въ порядкѣ. Не рожала. Стулъ бываетъ ежедневно, нормальный.

St. praes. Больная хорошаго питанія и сложенія. Языкъ обложенъ. Животъ немного выдается въ правой подвздошной области. При ощупываніи эта область очень болѣзненна и здѣсь прощупывается плотная опухоль продолговатой формы, величиною въ мужской кулакъ. Въ ногу боль не отдаетъ. Печень и селезенка не увеличены. Сердце и легкія нормальны. Отъ былъ. t° 39,8 Ord.: опій и ледъ.

25/VII. t° утр. 38,5. Пульсъ 90. Опухоль въ подвздошно-слѣпой области безъ измѣненія. Подъ наркозомъ хлороформа сдѣланъ (Ф. Ф. Мобиценъ) послойный разрѣзъ, обычный при перитифлитахъ. Вскрыта полость съ довольно гладкими стѣнками и содержащая вонючій гной. Тампоны изъ іодоформной марли и поверхъ асептическая повязка. t° веч. 38,5.

26/VII. t° утр. 36,7. Пульсъ 80. Болей въ животѣ нѣтъ. Тошнитъ. t° веч. 37,4.

27/VII и 28/VII. t° нормальная.

29/VII. t° утр. 36,9. Перевязка: нагноеніе довольно обильное и въ глубинѣ рана еще не очистилась. t° веч. 37,4.

Отъ 30/VII до 5/IX t° оставалась нормальной. Черезъ 7—5 дней перевязки.

5/IX. Больная выписана съ вполнѣ зажившей раной: почти линейный рубецъ, подъ которымъ не прощупывалось никакого инфильтрата.

№ 9. *Анна Тим.*, кр., дѣв., 48 лѣтъ. Поступила въ больницу 17-го августа 1893 г. Выписалась 1-го октября.

Anamn. Заболѣла 6-го августа: появились боли въ обоихъ пахахъ; ни рвоты, ни запора не было; познабливало. Вскорѣ послѣ этого больная замѣтила опухоль въ правой половинѣ живота.

St. praes. Въ правой подвздошной области прощупывается опухоль величиною въ кулакъ; наружные покровы надъ нею слегка отечны. Опухоль довольно плотная, неподвижная, слегка болѣзненная. Ощущеніе зыбленія получается очень неясное. При изслѣдованіи per vaginam ничего ненормальнаго не обнаруживается. Опухоль связи съ маткой не имѣетъ. Общее состояніе удовлетворительное. Языкъ слегка обложенъ. Отъ былъ. t° 39,0. Ord.: Emuls ol. amygd. и ледъ.

19/XII. t° утр. 37,8. Опухоль увеличивается, зыбленіе замѣтнѣе. Моча кислой реакціи, уд. вѣсъ 1,020, бѣлка не содержитъ. t° веч. 37,9.

20/VII. t° утр. 37,3. Подъ наркозомъ хлороформомъ (15,0) сдѣланъ (А. А. Кадьяномъ) обычный для перитифлита разрѣзъ; вскрытъ гнойникъ, лежавшій довольно поверхностно, въ глубинѣ можно было прощупать пальцемъ склеившіяся петли кишекъ. Тампонада. Сухая асептическая повязка. t° веч. 37,1.

21/VII. t° нормальная.

22/VII. t° утр. 36,3. Повязка промокла. Перевязка: снѣнены только верхніе слои. t° веч. 36,7.

Въ послѣдующіе дни t° оставалась нормальной. Черезъ 4—5 дней перевязка 1/IX. Клизма.

1/IX. Больная выписана, какъ вполнѣ оправившаяся, съ небольшой (въ 2 сntm.) полоской грануляціонной поверхности.

№ 10. *Варвара Мих.*, кресть., 49 лѣтъ. Поступила въ больницу 28-го сентября 1893 года. Выписалась 9-го ноября.

Anamn. Заболѣла внезапно въ 4 ч. ночи 18-го сентября болями въ животѣ, рвотой, ознобомъ и жаромъ. Предшествующій стулъ былъ нормальный. 18-го сентября послѣ слабительнаго прослабило. Послѣдніе дни стулъ нормальный. Рожала 1 разъ, 28 лѣтъ тому назадъ, благополучно. Менструируетъ съ 14 лѣтъ. Послѣднія регулы 27-го сентября, продолжались 2 дня.

St. praes. Больная средняго роста и питанія. Со стороны легкихъ и сердца ничего ненормальнаго не обнаруживается. Печень не увеличена, селезенка увеличена, но не прощупывается. Почки также не удается прощупать. Сильная болѣзненность въ правой половинѣ живота при давленіи какъ спереди, такъ и сзади со стороны поясничной области. При лежаніи больной на лѣвомъ боку, боли въ правой половинѣ живота усиливаются, при лежаніи же на правомъ боку нѣтъ. При ощупываніи легко опредѣляется опухоль, идущая почти отъ реберная края до средины Пупартовой связки и параллельно ей, такъ что sp. ant. sup. os. il. dext. соотвѣтствуетъ какъ разъ средней длинника опухоли. Внутри опухоль неподвижная. Per vaginam ничего ненормальнаго не опредѣляется. Отъ былъ вчера, правильный. Моча безъ бѣлка и форменныхъ элементовъ. t° 38,0. Ord.: опій и ледъ.

30/XI. t° утр. 37,2. Пульсъ 96. Ночью были сильныя боли живота. Стулъ былъ нормальный. Опухоль попрежнему. t° веч. 37,6.

1/X. t° утр. 37,6. Пульсъ 96. Ночью опять были сильныя боли живота. Стулъ нормальный. t° веч. 37,9.

2/X. t° утр. 38,0. Пульсъ 80. Появились обильныя мѣсячныя. Опухоль прощупывается попрежнему. Стулъ былъ. t° веч. 37,6.

3/X. t° утр. 37,5. Боли значительно меньше. Стула не было. t° веч. 37,9.

4/X. t° утр. 38,2. Утромъ былъ стулъ въ большомъ количествѣ, съ болью живота. Опухоль прощупывается попрежнему; перкуссіей и ощупываніемъ опредѣляется надъ ней кишка. t° веч. 38,2.

5/X. t° утр. 38,0. Опухоль прощупывается попрежнему въ видѣ твердаго тѣла. Былъ жидкій стулъ. t° веч. 38,4.

6/X. t° утр. 38,4. Пульсъ 80. Опухоль значительно увеличилась; перкуссіей и ощупываніемъ попрежнему опредѣляется надъ ней кишка. Стулъ былъ кашицевидный. t° веч. 38,4.

7/X. t° утр. 37,4. Опухоль въ правой половинѣ живота выдается еще ясиѣе, верхній край ея доходитъ почти до реберная края, внутренній—до средины линіи, нижній—нѣсколько ниже sp. an. sup. os. ilei dext. Перкуторный тонъ надъ опухолью притупленъ, а кнаружи совершенно тупой. Ясное зыбленіе. t° веч. 37,2.

8/x. t° утр. 37,1. Подъ хлороформнымъ наркозомъ сдѣланъ (*А. А. Кадьяномъ*) послойный разрѣзъ брюшной стѣнки, обычный для перитифлитовъ. Брюшина срослась съ поперечной фасціей въ толстую мясистую оболочку; по вскрытіи ея хлынулъ гной. Пальцемъ, введеннымъ черезъ разрѣзъ можно опредѣлить замкнутую полость, заднюю стѣнку которой составляютъ, повидимому, склеившіяся между собою кишки. Нижняя часть раны зашита этажнымъ швомъ; полость затампонирована іодоформной марлей, поверхъ асептическая повязка. t° веч. 37,1.

9/x. t° утр. 36,5. Вчера вечеромъ раза два вырвало. Общее состояніе вполнѣ хорошее. Повязка промокла кровянистой жидкостью. Перевязка: перемѣнены только верхніе слои. t° веч. 36,8.

Слѣдующіе дни t° нормальная. Перевязки черезъ 3—4 дня. Къ 2/xi полость выполнилась грануляціями.

2/xi. t° утр. 36,9. При мѣстной анэстезіи кокаиномъ (0,05) наложенъ вторичный швъ (А. А. Кадьяномъ): грануляціи выскоблены, края раны раздѣлены на слои. Этажный швъ. Повязка съ липкимъ пластыремъ. t° веч. 37,4.

Отъ 3/xi до 6/xi. t° нормальная.

7/xi. t° утр. 37,0. Перевязки: швы сняты; заживленіе первичнымъ натяженіемъ. t° веч. 37,2.

9/xi. Больная выписана, какъ совершенно поправившаяся.

№ 11. *Анна Пес.*, финл., 32 лѣтъ. Поступила въ больницу 10 декабря 1893 года, *умерла* 22-го января 1894 года.

Anamn. 6-го декабря появились боли живота справа, больная приняла ol. ricini, послѣ чего ее просабляло, боли живота, однако, не прекращались. Рожала 1 разъ. Послѣдніе регулы 15-го ноября.

St. praes. Больная средняго роста, хорошаго питанія и сложенія. Языкъ обложенъ. Внутренніе органы нормальные. Правая подвздошная впадина выполнена опухолью, очень чувствительной на ощупь и дающей неясное зыбленіе. Опухоль немного не доходитъ до hypochondirium dext. и срединной линіи. Связи опухоли съ половыми органами при изслѣдованіи per vaginam не опредѣляется. t° 37,9. Ord.: опій и ледъ.

11/xii. t° утр. 37,0. Пульсъ 80. Опухоль въ томъ же состояніи, болѣзненность довольно значительная. Стула не было. При изслѣдованіи мочи на индиканъ получены положительные результаты. t° веч. 37,8.

12/xii. t° утр. 37,1. Пульсъ 80. Дых. 20. Ночью были сильныя боли живота, ни тошноты, ни рвоты не было. Стулъ задержанъ. Сегодня контуры опухоли не такъ рѣзки, но болѣзненность увеличена. t° веч. 38,4.

14/xii. t° утр. 37,4. Общее состояніе хорошее. Ночью были настолько сильныя боли живота, что пришлось прибѣгнуть къ подкожному впрыскиванію морфія. Животъ умѣренно вздутъ, правая reg. mesogastrica болѣе выдается, чѣмъ лѣвая, тупой тонъ по всему пространству между срединной линіей, пупочной

горизонтальной и crista ilei, здѣсь же сильная болѣзненность, увеличенная плотность и глубокое зыбленіе. Подъ наркозомъ хлороформомъ (30,0) сдѣланъ (*А. А. Кадьяномъ*) справа послойный разрѣзъ брюшной стѣнки, обычный для перитифлита. Дойдя до брюшины, пробнымъ проколомъ удалось доказать присутствіе гноя подъ нижнимъ угломъ разрѣза; туть вскрыта брюшина и выпущено порядочное количество вонючаго гноя. Пальцемъ опредѣляется полость среди кишекъ, величиною съ небольшое яблоко, границы полости всюду доступны пальцу. Введены іодоформные тампоны; большая часть раны зашита 3-хъ этажнымъ швомъ; поверхъ наложена асептическая повязка. t° веч. 37,8.

15/xii. утр. 37,0. Пульсъ хорошій. Общее состояніе вполнѣ удовлетворительно. Животъ мягкій и безболѣзненный. Ночью не спала.

Послѣдующіе дни послѣопераціонное теченіе вначалѣ шло довольно гладко: t° опустилась до нормы; 22/xii. сняты швы: заживленіе первичнымъ натяженіемъ. Перевязка черезъ 2 — 3 дня; полость выполнялась удовлетворительно. 4/i t° поднялась, до 38,9° и при перевязкѣ обнаруженъ затекъ гноя. Послѣ перевязки первые 3 дня t° опять опустилась до нормы, 7/i вечеромъ опять поднялась до 38,7°.

8/i. t° утр. 39,0. Послѣ клизмы прослабило. Перевязка: гной выдалзивается въ порядочномъ количествѣ, сегодня жиже и безъ калового запаха. Корнцангъ вводится на 18—20 сант.; вставлена дренажная трубочка. t° веч. 39,3.

9/i. t° утр. 37,4. Повязка промокла; перевязка: при надавливаніи гной почти совсѣмъ не вышло. Боли въ животѣ меньше. t° веч. 38,4. До 17/i t° оставалось нормальной и общее состояніе удовлетворительныхъ. 17/i вечеромъ t° 38,1°.

18/i. t° утр. 37,9. Ночью были боли въ животѣ. Больная чувствуетъ себя плохо. Перевязка: пальцемъ удалось про никнуть глубже, чѣмъ прежде; въ глубинѣ небольшая полость, отдѣленная отъ предыдущей узкимъ проходомъ и окруженная повидимому петлями кишекъ. Входъ въ глубину расширенъ пальцемъ и введены тампоны. t° веч. 39,7.

19/i. t° утр. 37,4. Ночь не спала. Сильныя боли въ животѣ, тошнота, срыганіе и затрудненное дыханіе. Пульсъ очень малый, 102—108. Дых. 34. Весь животъ кромѣ epigastrium болѣзненъ, вздутіе небольшое. Повязка суха. Больная осунулась; самочувствіе плохое. t° веч. 39,5.

20/i. t° утр. 38,5. Общій видъ больной такой же. Пульсъ частый, очень малый, не считается; языкъ сухой. Ночь спала плохо. Моча выпускается катетромъ. Перевязка: изъ раны никакого отдѣленія; грануляціи спались и побѣдѣли; при надавливаніи гной не вытекаетъ, какъ прежде. Животъ вздутъ и болѣзненъ; надъ ложными ребрами тимпаническій перкуторной тонъ; reg. hypogastrica dext. до срединной линіи даетъ тупой тонъ, съ лѣвой же стороны тимпаническій. Положена согрѣвающая влажная повязка на весь животъ. t° веч. 39,6·

21/I. t° утр. 37,4. Пульса почти нѣтъ. Частая рвота. Животъ еще болѣе вздутъ. Перевязка; изъ раны отдѣленія нѣтъ. t° веч. 39,6.

22/I. въ 4 ч. 30 мин. утра. *Exitus.*

23/I. Вскрытіе.

Протоколъ вскрытія: Въ правой подвздошной области находится небольшой разрѣзъ передней брюшной стѣнки, заростающій и ведущій къ слѣпой кишкѣ. *Восходящая часть ободочной кишки спустилась къ слѣпой кишкѣ и плотно срослась съ нею ея стороною.* Около слѣпой кишки и червеобразного отростка имѣются плотныя сращенія, между которыми встрѣчаются гнойники. Червеобразный отростокъ проходитъ у основанія. Всюду въ брюшной полости между петлями кишекъ гной.

Diagn. anat. Degeneratio adiposa musculi cordis. Pleuritis adhaes. chron. sin. partialis. Hypostasis pulmonum. Hyperplasia acuta lienis. Degener. adip. hepatis. Nephritis parenchym. ac. haemorrhagica. Gastritis chron. Enterit. ac. follicularis. *Appendicitis ulcerosa cum perforatione. Perityphlitis adhaes. chron. et acuta purulenta. Peritonitis acuta purulenta diffusa.*

№ 12. *Марія Ох.*, дѣв., 19 лѣтъ. Поступила въ больницу 7-го января 1894 г. Выписалась 23-го февраля.

Anamn. Заболѣла 2 недѣли тому назадъ во время мѣсячныхъ, которыя затянулись до 7 дней, появились боли и колотье въ животѣ. Стулъ былъ рѣдко и съ болью. Menstrua на 17-мъ году, черезъ 4 недѣли по 3 дня, обильныя, безъ боли. Не рожала и не выкидывала.

St. praes. Больная правильнаго тѣлосложенія и хорошаго питанія. Животъ напряженъ и болѣзненъ, нижняя половина вздута, справа въ области слѣпой кишки наибольшая болѣзненность и притупленіе перкуторнаго тона. Изъ отверстія мочеиспускательнаго канала гной не выдавливается. *Per vaginam:* кромѣ нѣкоторой чувствительности сводовъ ничего особеннаго не обнаруживается. t° 39,3. Пульсъ 117. Ord.: опій и дедъ.

8/I. t° утр. 38,9. Пульсъ 118. Животъ вздутъ, болѣзненность сосредоточивается главнымъ образомъ справа въ области слѣпой кишки. Вѣтры отходятъ въ изобиліи. t° веч. 38,7. Пульсъ 112.

9/I. t° утр. 38,3. Пульсъ 106. Языкъ обложенъ, губы сухи. Тимпаническій перкуторный звукъ по всему животу за исключеніемъ области слѣпой кишки. Болѣзненность здѣсь меньше сравнительно со вчерашнимъ днемъ, такъ что удается прощупать надъ Пупартовой связкой опухоль, ограниченной сверху полукружной линіей. *Per vaginam:* матка мало подвижна, in anteflexione; чувствительности сводовъ нѣтъ. t° веч. 38,6.

10/I. t° утр. 37,5. Опухоль въ правой подвздошной области ясно прощупывается, брюшныя стѣнки подъ нею напряжены и болѣзненны. Подъ наркозомъ хлороформомъ (30,0) произведена операція (М. М. Крюковымъ). Разрѣзъ че-

резъ брюшную стѣнку проведенъ приблизительно на 1 поперечный палецъ кнутри отъ spina ant. sup. os. ilei, дугообразный и, въ общемъ, параллельный Пупартовой связкѣ, при чемъ spina ant. sup. пришлась на средину разрѣза. Разрѣзъ веденъ послойно; fascia transvesa и peritoneum оказались спаянными между собою. По вскрытіи брюшнаго листка опорожнена гнойная полость, величиною въ мандарина; внутренняя стѣнки полости мягки и даютъ ощущеніе кишекъ. Гной вонючій. Полость затампонирована; сухая асептическая повязка. t° веч. 37,7.

11/I. t° утр. 37,5. Животъ не болитъ. Повязка промокла. Перевязка: смѣнены только верхніе слои. Сухая асептическая повязка. t° веч. 37,7.

Слѣдующіе 6 дней t° нормальная и послѣопераціонное теченіе раны удовлетворительно.

20/I. t° поднялась до 38,4. Появились боли живота, тошнота и даже рвота. Черезъ 2 дня всѣ эти явленія стихли и послѣопераціонное теченіе пошло нормальнымъ порядкомъ. Стулъ былъ задержанъ и вызывался клизмами.

23/и. Больная выписалась съ небольшой грануляціонной поверхностью.

№ 13. *Анна Пл.*, дѣв., 17 лѣтъ. Поступила въ больницу 27-го января 1894 г.; выписалась 28-го апрѣля.

Anamn. Заболѣла 21-го ноября 1893 г.: внезапно появились сильныя боли въ области слѣпой кишки, тошнота, рвота и жаръ. Больная говоритъ, что въ этотъ день ѣла яблоки. До настоящей болѣзни больная страдала запорами дня по 4. Все время болѣзни больная находилась въ постели, наступали улучшенія, длившіяся по недѣлѣ, но затѣмъ опять появлялись боли въ животѣ, тошнота и рвота. Настоящій приступъ длится около 1½ недѣль. Menses на 15-мъ году, черезъ 4 недѣли по 3 дня, въ этомъ году неправильныя, недѣли 3 отсутствовали.

St. praes. Больная средняго роста и питанія. Языкъ умѣренно обложенъ. Тоны сердца чисты; легкія свободны. Животъ умѣренно вздутъ, болѣзненъ въ области слѣпой кишки, гдѣ брюшныя стѣнки напряжены, немного больше, чѣмъ слѣва. Печень выстоитъ изъ подъ ребернаго края на 1½ пальца; селезенка немного увеличена. Стулъ былъ 3-го дня, необильный. t° 37,0. Пульсъ 76. Дых. 24; Ord.: опій, дедъ и клизма.

29/I. t° утр. 36,7. Пульсъ 64. Ночь спала хорошо. Послѣ клизмы прослабило. Боль въ животѣ небольшая. Чувствительность въ области слѣпой кишки также небольшая. Языкъ умѣренно обложенъ и сухъ. t° веч. 36,9.

30/I. t° утр. 36,9. Пульсъ 84. Чувствуетъ боль въ животѣ послѣ ѣды, а также и отъ ѣда. Языкъ умѣренно обложенъ. Стула не было. t° веч. 37,2.

31/I. t° утр. 36,8. Пульсъ 66. Болѣзненность живота меньше. Послѣ клизмы прослабило. Ни тошноты, ни рвоты нѣтъ. t° веч. 37,0.

1/п. t° утр. 36,9. Пульсъ 84. Боль въ животѣ меньше. Языкъ умѣренно обложенъ, аппетитъ хорошій. Стула не было. t° веч. 36,7.

2/п. t° утр. 36,7. Пульсъ 84. Послѣ клизмы прослабило. Вечеромъ знобило, а

ночью появилась боль въ правой половинѣ живота, гдѣ въ области слѣпой кишки прощупывается опухоль, очень чувствительная на ощупь; ни тошноты, ни рвоты нѣтъ. Языкъ умѣренно обложенъ. Аппетитъ удовлетворительный. t° веч. 36,8.

Слѣдующіе 7 дней какъ со стороны общаго состоянія, такъ и мѣстныхъ явленій наблюдалось ясное улучшеніе, t° нормальная.

10/п. t° утр. 37,2. Пульсъ 84. Со вчерашняго вечера вновь появились боли въ правой подвздошно-паховой области, гдѣ опредѣляется колбасовидная опухоль, очень болѣзненная на ощупь. Языкъ сухой. Стулъ былъ вчера 2 раза. t° вет. 37,3.

11/п. t° утр. 36,6. Пульсъ 84. Опухоль въ правой паховой области величиною въ яйцо, болѣзненность при давленіи незначительная. t° веч. 37,1.

12/п. t° утр. 36,9. Пульсъ 84. Больная чувствуетъ себя хорошо, но опухоль, какъ будто, увеличилась. Стулъ былъ. t° веч. 37,1.

Слѣдующіе дни въ теченіе мѣсяца наблюдалось опять ясное улучшеніе при нѣкоторыхъ колебаніяхъ въ сторону ухудшеній; опухоль, до послѣдней вспышки, въ общемъ уменьшалась.

12/ш. t° утр. 37,1. Пульсъ 100. Дых. 28. Со вчерашняго вечера появились сильныя боли въ области слѣпой кишки и тошнота. Опухоль значительно увеличилась. Стулъ былъ полужидкій. Языкъ умѣренно обложенъ. t° вет. 37,9.

13/ш. t° утр. 37,0. Опухоль и боли въ области слѣпой кишки увеличиваются. t° вет. 37,0.

14/ш. t° утр. 36,8. Въ правой подвздошной впадинѣ вблизи sp. ant. sup. прощупывается плотная, безъ рѣзкихъ границъ, болѣзненная на ощупь опухоль, величиною съ небольшое яблоко. Животъ не вздутъ и небользненъ. Подъ наркозомъ хлороформомъ (35,0) произведена боковая лапаротомія (А. А. Кадьяномъ) послойнымъ разрѣзомъ, обычнымъ для перитонитовъ; по обнаженіи поперечной фасціи, оказавшейся спаянной съ брюшиной, произведено нѣсколько пробныхъ уколовъ въ различномъ направленіи; всюдѣ получалось ощущеніе, что игла проходитъ черезъ плотныя ткани. Брюшная полость вскрыта, передъ раной предлежала кишка (слѣпая); палецъ, введенный въ брюшную полость, ощупываетъ подъ кишкой шаровидную опухоль, величиною съ грецкій орѣхъ. Сдѣлана попытка добраться до опухоли снаружи и сзади кишки, что и удалось. Оказалась небольшая полость, наполненная жидкимъ гноемъ и фунгозными массами. Въ брюшную полость спереди кишки введены три большіе тампоны; отдѣльный тампонъ въ полость гнойника; поверхъ асептическая повязка. Пульсъ послѣ операціи 90. t° вет. 37,3.

15/ш. t° утр. 37,4. Пульсъ 114, удовлетв., Дых. 30. Съ 12 часовъ ночи 3 раза рвало. Общее состояніе удовлетворительно. Небольшая боль живота. Животъ не вздутъ; повязка промокла; перевязка: перемѣнены только верхніе слои t° веч. 37,3.

Послѣопераціонное теченіе нормальное. Полость постепенно выполнялась и 12/IV рана представлялась въ видѣ грануляціонной поверхности.

12/IV. t° утр. 36,6. Подъ наркозомъ хлороформомъ (42,0) наложены вторичные швы (А. А. Кадьяномъ): грануляціи высоблены острой ложечкой, рубцовая ткань иссѣчена, отдѣльные слои брюшной стѣнки изолированы другъ отъ друга и соединены 3-хъ этажнымъ швомъ. Рана защита вагалуо, безъ тампона и дренажа. Поверхъ асептическая повязка. t° вет. 36,1.

Въ швахъ получилось небольшое нагноеніе.

28/IV. Больная выписалась съ совершенно зажившей раной.

№ 14. *Отдѣленіе*, 17 лѣтъ. Поступила въ больницу 25-го февраля 1894 г. Выписалась 6-го апрѣля.

Anamn. 19-го февраля сталъ болѣть животъ съ правой стороны и появилась рвота (3 раза въ день), бывшая только этотъ день. Съ того же времени запоръ. По вечерамъ бываетъ жаръ и потъ, а передъ этимъ знобитъ. 3-го дня принята касторовато масла, отъ котораго вчера былъ стулъ. До того была здорова, стулъ былъ не правиленъ. Ничего особеннаго не ѣла. Въ больницѣ раньше не лежала и дома не хворала. 1-я менструація на 16-мъ году, по 5 дней, передъ менструаціей нѣкоторая боль. Менструируетъ въ настоящее время.

St. praes. Больная соотвѣтствующаго роста, правильнаго сложенія и удовлетворительнаго питанія. Языкъ обложенъ, влажный. Сердце и легкія безъ измѣненій. Печень и селезенка не увеличены. Животъ умѣренно вздутъ; въ правой подвздошной области въ углу прощупывается уплотненіе, сильно болѣзненное, съ притупленіемъ перкуторнаго тона надъ нимъ. Аппетитъ плохой; тошноты и рвоты нѣтъ. Со стороны половыхъ органовъ измѣненій не найдено. t° 38,0. Пульсъ 92. Дыханіе 32. Ord.: опій и ледъ.

26/ш. t° утр. 37,8. Пульсъ 84. Сила хорошо. Самочувствіе лучше. Правая сторона живота болитъ лишь при сидѣніи. Притупленіе тона и уплотненіе тамъ же, гдѣ и вчера. Болѣзненность значительно уменьшилась. Стула не было. Мочи 500 куб. с., удѣл. вѣсъ 1,020, бѣлка не содержитъ, индикана нѣтъ. t° вет. 38,8.

27/ш. t° утр. 38,2. Пульсъ 88. Сила хорошо. Бокъ по вечерамъ болитъ больше. Въ настоящее время знобитъ. Послѣ клизмы вчера немного прослабило. Притупленіе тона, уплотненіе и чувствительность безъ перемѣны. t° вет. 38,3.

28/ш. t° утр. 39,1. Пульсъ 100. Чувствуетъ себя хуже, боль усиливась, вчера и сегодня утромъ знобило. Послѣ клизмы немного прослабило. Въ правой подвздошной области надъ sp. ant. sup. прощупывается инфильтратъ, находящійся глубоко, очень болѣзненный на ощупь. Ясной флюктуаціи въ немъ не обнаруживается. Инфильтратъ распространяется и кверху кнутри, по направленію къ пупку, но не доходитъ до него. Животъ слегка вздутъ. Подъ хлороформнымъ наркозомъ сдѣланъ разрѣзъ (А. А. Кадьяномъ) брюшной стѣнки надъ crista ilei и надъ наружной третью Пупартовой связки; по послойномъ вскрытіи мышцъ, fasciae

transversae et peritonei вытекло довольно много вонючаго гноя. Гнойная полость распространяется сзади и кнаружи и кромѣ того образуетъ затечный, но, повидимому, ограниченный карманъ кверху и кнутри. Полость затампонирована іодоформной марлей. Сухая асептическая повязка. t° веч. 38,5.

1/III. t° утр 38,0. Рвоты послѣ наркоза не было. Воли въ животѣ стихли. Пульсъ 90, хорошій. Больная не можетъ сама мочиться, позывы болѣзненны. t° веч. 38,3.

Послѣопераціонное теченіе удовлетворительно. t° нормальная. Къ 24/III. полость выполнялась, оставалась грануляцирующая поверхность.

24/III. t° утр. 36,4. Подъ хлороформинымъ наркозомъ рана высвобождена (А. А. Кадьяномъ) острой ложечкой, рубецъ вырѣзанъ, и обнажены край мышцы съ обѣихъ сторонъ. Наложенъ шовъ въ три этажа.

2/IV. Швы сняты. Заживленіе per primam.

5/IV. Больная выписана.

№ 15. *Анна Пуздр.*, дѣв., 27 лѣтъ. Поступила въ больницу 11-го апрѣля 1894 года. Выписалась 18-го мая.

Anamn. 2 недѣли тому назадъ у больной вдругъ появились острыя боли въ правомъ бедрѣ и въ правой сторонѣ живота, первые три дня больная сильно лихорадила, затѣмъ лихорадка прошла, а также прошли и боли въ бедрѣ, боль же въ правой половинѣ живота осталась попрежнему. Стулъ все время правильный и ежедневный; рвоты не было ни разу. Раньше всегда была здорова. Menses на 16-мъ году, правильныя; послѣдняя 3 недѣли назадъ. Рожала 1 разъ.

St. praes. Больная средняго роста, слабаго сложенія, малокровна. Легкія и сердце нормальны. Печень и селезенка не увеличены и не болѣзненны. При ощупываніи правой стороны живота надъ crista osis ilei больная ощущаетъ острую боль, на этомъ же мѣстѣ получается притупленный перкуторный звукъ, простирающійся по подмышковой линіи отъ cristæ ossis ilei вверхъ до края реберъ. Притупленіе заходитъ на 3—4 поперечныхъ пальца кпереди и кзади отъ подмышковой линіи. Ниже пупка и на 2 пальца вправо отъ него видно небольшое ограниченное вздутіе живота, дающее при перкуссіи тимпаническій тонъ. t° 38,2. Ord.: опій, ледъ и клизма.

13/IV. t° утр. Пульсъ 92. Вчера и сегодня стула не было. Боль въ животѣ попрежнему. Въ правой половинѣ живота при пальпаціи замѣчается широкое уплотненіе съ ровной поверхностью, неподвижное при дыханіи. Правый бокъ надъ crista os. ilei притупленъ и немного выпяченъ сравнительно съ лѣвой стороной. Мочи 1,450 куб. снтм., удѣл. вѣсъ 1,014, слѣды бѣлка, содержитъ много индикана. Въ осадкѣ многочисленныя эпителіальныя клѣтки различной величины: плоскія, мостовидныя, круглыя, хвостатыя и т. п. Гной и крови нѣтъ. t° веч. 38,3.

14/IV. t° утр. 38,2. Правая половина живота слегка вздута, резистенція ея повышена, при перкуссіи получается здѣсь притупленный тонъ, переходящій кнаружи въ тупой; при пальпаціи кнаружи и кверху отъ пупка ощупывается тѣло, по

формѣ и размѣрамъ соотвѣтствующее почкѣ, отъ него идетъ разлитой плотный инфильтратъ, выполняющій сзади все пространство между ложными ребрами и crista os. ilei, давленіе на него сзади очень болѣзненно. На уровнѣ ложныхъ реберъ сзади тонъ притупленный. Правая нога согнута въ тазобедренномъ суставѣ, выпрямленія ее болѣзненно; лежать на лѣвомъ боку больная тоже не можетъ вслѣдствіе болей въ правомъ. t° веч. 38,4.

15/IV. t° утр. 37,4. Объективныя явленія тѣ же. Мочи 400 куб. с., немного мутна, безъ осадка, удѣл. вѣса 1,012; бѣлка не содержитъ, реакція кислой t° веч. 38,2.

16/IV. t° утр. 37,7. Подъ хлороформнымъ наркозомъ сдѣланъ (А. А. Кадьяномъ) послойный разрѣзъ справа сзади на мѣстѣ trigonum Petiti. По вскрытіи апоневроза показался вонючій гной. Оказалось, что полость распространяется больше кпереди и кнутри, а кверху скоро оканчивается глухо, не доходя до подреберья; кпереди же книзу граница ея у наружной трети Пупартовой связки. Полость выполнена тампономъ, сверху асептическая сухая повязка. t° веч. 38,2.

17/IV. t° утр. 36,4. Послѣопераціонное теченіе гладкое. t° нормальная.

18/V. Больная выписалась съ линейной грануляцирующей поверхностью.

№ 16. *Марія Ал.*, жена ремесл., 41 года. Поступила въ больницу 7-го августа 1894 года. Выписалась 17-го октября.

Anamn. Заболѣла въ ночь съ 5-го на 6-ое августа сильною рѣзью въ животѣ и частою рвотою. Передъ тѣмъ одинъ день больная страдала поносомъ. Семь лѣтъ тому назадъ больная страдала той же болѣзнью.

St. praes. Больная средняго роста и умѣреннаго питанія. Языкъ обложенъ. Легкія и сердце безъ измѣненій. Животъ не вздутъ; печень и селезенка не увеличены. Вся область слѣпой кишки весьма чувствительна при давленіи, но ясной опухоли не прощупывается. Остальная часть живота безболѣзненна. Сегодня боль меньше. Утромъ былъ хорошій стулъ. t° 39,0. Ord.: опій, ледъ.

9/VIII. t° утр. 39,6. Пульсъ 132. Боль и чувствительность въ области слѣпой кишки продолжаются. Сегодня ясно прощупывается колбасовидная опухоль. Языкъ густо обложенъ. Стула не было. Легкія свободны. t° веч. 39,5.

10/VIII. t° утр. 38,7. Пульсъ 108. Стула не было. Животъ не вздутъ; болѣзненность въ области слѣпой кишки сегодня меньше. Языкъ попрежнему густо обложенъ. Появился аппетитъ. Легкая головная боль. t° веч. 38,5.

11/VIII. t° утр. 37,6. Пульсъ 96. Стула не было. Чувствительность попрежнему. По вечерамъ небольшой бредъ. Языкъ обложенъ. t° веч. 39,4.

12/VIII. t° утр. 38,2. Пульсъ 96. Ночью спала очень плохо, бредила. Стула все еще не было со дня поступленія. Чувствительность въ области слѣпой кишки какъ будто, меньше. Опухоль прощупывается попрежнему. Вздутія живота нѣтъ. Per vaginam: матка не чувствительна, подвижна, in anteflexione, передняя губа гипертрофирована. t° веч. 38,9.

13/VIII. t° утр. 37,2. Вчера вечеромъ былъ стулъ. Верхненаружная часть правой подвздошной ямки выполнена опухолью, расположенною параллельно наружной ½ Пупартовой связки. Опухоль поднимается вверхъ, но не доходитъ до ребернаго края, такъ что между опухолью и реберномъ краемъ можно вдавить концы пальцевъ; опухоль колбасовидной формы и толщиною приблиз. въ нижнюю ⅓ предплечья. Подъ хлороформнымъ наркозомъ сдѣланъ (М. М. Крюковымъ) разрѣзъ вдоль опухоли, отступя на 3 снт. отъ sp. ant. sup. Когда разрѣзъ проникъ до поперечной фасціи, то пробной пункціей полученъ гной, послѣ чего разрѣзъ проведенъ глубже и вскрытъ гнойникъ, помѣщавшійся кнаружи отъ слѣпой кишки. Длина полости гнойника сверху и снаружи внизъ и внутрь около 8 снтм. и поперечникъ около 3 снтм. Полость затампонирована, поверхъ сухая асептическая повязка. t° веч. 36,6.

Послѣопераціонное теченіе гладкое, t° нормальная. Перевязки черезъ 3—4 дня. Очень долго не закрывался свищъ, такъ что больная выписалась только 17/X съ небольшой поверхностной гранулирующей раной.

№ 17. *Матрена Пил.*, кр., зам., 32 лѣтъ. Поступила въ больницу 28-го октября 1894 года. Выписалась 10-го декабря.

Anamn. Заболѣла 25-го октября сильными болями въ правой подвздошной области. До начала болѣзни 3 дня не было стула. Раньше ничѣмъ не болѣла. Рожала 3 раза, послѣдній разъ 2 года тому назадъ.

St. praes. Больная хорошаго питанія. Со стороны легкихъ и сердца никакихъ измѣненій. Печень не увеличена. Въ reg. ileo-coecalis притупленіе перкуторнаго тона и констатируется опухоль, очень болѣзненная при давленіи. t° 38,1. Ord.: опій и ледъ.

29/X. t° утр. 36,8. Пульсъ 78. Вчера былъ стулъ. Чувствительность правой подвздошной области при давленіи меньше. t° веч. 36,7.

30/X. t° утр. 36,8. Опухоль въ правой подвздошной области ясно прощупывается, но болѣзненности нѣтъ почти никакой. Стула не было. t° веч. 36,8.

31/X. t° утр. 36,5. Пульсъ 66. Опухоль, какъ будто, уменьшилась. Стула не было. t° веч. 36,7.

2/XI. t° утр. 37,4. Пульсъ 78. Былъ стулъ, твердый. Опухоль еще прощупывается, болѣзненность небольшая. Мочи 1,700 куб. снтм., удѣл. вѣса 1,010; слѣды бѣлка и индикана. t° веч. 37,4.

3/XI. t° утр. 36,9. Пульсъ 72. Былъ необильный стулъ твердыми массами, сформированными на подобіе овечьяго помета. Опухоль въ томъ же состояніи, по формѣ похожа на почку. t° веч. 36,6.

4/XI. t° утр. 36,9. Пульсъ 90. Опухоль, какъ будто, увеличилась и стала болѣе болѣзнена. Мочи 1500 куб. снтм.; бѣлку 1½ pro mille. Стула не было. t° веч. 37,1.

5/XI. t° утр. 37,9. Пульсъ 108. Ночью сильно знобило. Опухоль увеличилась

и болѣе чувствительна. Въ мочѣ бѣлокъ и цилиндры. Стула не было. t° веч. 38,4.

6/XI. t° утр. 38,1. Пульсъ 92. Спала хорошо. Боль въ правой подвздошной области продолжается. Опухоль еще увеличилась и очень болѣзнена при давленіи. Стула не было. Мочи 900 куб. снтм. t° веч. 39,0.

7/XI. t° утр. 38,1. Пульсъ 96. Опухоль еще увеличилась. Въ мочѣ бѣлокъ около 1½‰, индикана не обнаружено t° веч. 39,4.

8/XI. t° утр. 38,2. Подъ наркозомъ хлороформомъ (25,0) сдѣлана операція (А. А. Кадьяномъ). Разрѣзъ покрововъ, обычный для перитифлитовъ. Гнойникъ совершенно отграниченъ склейками отъ свободной брюшной полости. Тампонада, асептическая сухая повязка. t° веч. 37,0.

9/XI. t° утр. 37,0. Общее состояніе хорошее; пульсъ удовлетворительный. Вчера одинъ разъ была рвота. Ни боли въ животѣ, ни тошноты нѣтъ. Мочится сама. Животъ не вздутъ. t° веч. 38,5.

Послѣопераціонное теченіе гладкое. t° нормальная.

10/XII. Больная выписалась еще съ порядочною раною.

№ 18. *Наталья Осип.*, мѣщ., замуж., 40 лѣтъ. Поступила въ больницу 3 ноября 1894 г., выписалась 18 декабря.

Anamn. Заболѣла 5 дней тому назадъ: ночью появились незначительныя боли внизу живота, въ слѣдующіе дни боль постепенно усиливалась, а за день до поступленія въ больницу больная слегла въ постель. Стулъ задержанъ, мочеиспусканіе съ рѣзью. Раньше была всегда здорова. Menses на 17-мъ году, по 3 дня черезъ 3 недѣли, безъ боли, необильны и всегда въ срокъ. Послѣдніе регулы, пришедшіе въ срокъ, были 10 дней тому назадъ. Рожала 2 раза: 1-ый разъ роды въ срокъ, живымъ ребенкомъ, на 28-мъ году, 2-ой разъ 8 лѣтъ тому назадъ, на 8-мъ мѣсяцѣ, мертворожденнымъ.

St. praes. Больная хорошаго тѣлосложенія и питанія, не производитъ впечатлѣнія тяжело-больной. Животъ вздутъ, справа напряженъ, слѣва мягче. Сильная боль въ области подвздошной кости, въ области же sp. ant. sup. dext. боль меньше. При перкуссіи тонъ притупленъ лишь надъ самымъ больнымъ мѣстомъ. Стула не было 4 дня. Per vaginam: бѣли, контуры матки ясно не прощупываются, но она сдвинута влѣво и кзади. Въ правомъ сводѣ прощупывается эксудатъ, сильно болѣзненный, но безъ ясныхъ границъ. Отношенія его къ маткѣ не опредѣляются. t° 37,4. Ord.: опій, ледъ и спринцеванія рукава.

3/XI. t° утр. 38,3. Пульсъ 112. Языкъ влажный, обложенъ, клизма осталась безъ дѣйствія. Боли живота по прежнему. t° веч. 38,4.

4/XI. t° утр. 38,1. Стула не было. Боли живота продолжаются. Въ regio ileo-coecalis прощупывается опухоль, дающая зыбленіе. Моча безъ бѣлка, кислой реакціи. t° веч. 38,0.

5/XI. t° утр. 37,4. Подъ наркозомъ хлороформомъ (20,0) произведена нами операція разрѣзомъ по ходу наружной косой мышцы на два поперечныхъ пальца отъ sp. sup. ant., длиною около 10 сити. Брюшная стѣнка вскрыта послойно, по разсѣченіи брюшины изъ брюшной полости вытекло большое количество жидкаго зловоннаго гноя. Гнойная полость оказалась ограниченной сверху и снутри вдающимися въ нее петлями кишекъ, покрытыхъ бѣловатымъ налетомъ. Изъ полости идетъ небольшой карманъ вверхъ подъ петли кишекъ, а также и внизъ. Червеобразнаго отростка не найдено. Полость и карманы затампонированы полосками іодоформированной марли, сверху положена сухая асептическая повязка.

Послѣопераціонное теченіе гладкое, t° нормальная. Стулъ вызывался клизмами. Къ 5/XI полость выполнилась и мѣлкая грануляціонная поверхностная рана.

5/XII. t° утр. 37,1. Подъ наркозомъ хлороформомъ (20,0) рана выскоблена острой ложечкой, краи освѣжены, слои брюшной стѣнки изолированы и наложенъ послойный швовъ (Ал. Ал. Кадьянокъ). Повязка съ липкимъ пластыремъ. По окончаніи операціи былъ истерическій припадокъ.

13/XII швы сняты. Первичное натяженіе. 18/XII больная выписала.

13/X 1895 года больная вновь принята въ больницу для операціи грыжи, образовавшейся на мѣстѣ рубца.—Рубецъ въ 15 сити. длиною, черезъ него прощупывается щель межъ мышцами, проходимая для 4 пальцевъ. При напряженіи брюшныхъ стѣнокъ рубецъ и смежная кожа выпячивается кишечными петлями до величины кулака.

23/X. подъ хлороформнымъ наркозомъ старый рубецъ иссѣченъ нами. Краи раны изолированы послойно и наложенъ 3-хъ этажный швовъ. Асептическая повязка.

31/X. Швы сняты. Заживленіе первичнымъ натяженіемъ. Больная оставалась въ больницѣ до 19/XI и выписана съ линейнымъ рубцемъ, нисколько не поддающимся при напряженіи брюшного пресса.

№ 19. *Елена Ив.*, мѣщ., 39 лѣтъ. Поступила въ больницу 4-го ноября 1894 года, выписалась 13-го декабря.

Anamn. За недѣлю до поступленія въ больницу появились боли внизу живота справа и поносъ раза по 3 въ день. Раньше была здорова, подобной болѣзни никогда не хворала. Менструаціи правильныя, по 7 дней. Послѣдніи окончились 24 октября. Рожала 1 разъ.

St. praes. Больная средняго роста, правильнаго тѣлосложенія и хорошаго питанія. Языкъ слегка обложенъ. Сердце въ границахъ; тоны чисты, легкія свободны. Печень и селезенка не увеличены. Въ правой подвздошной ямкѣ въ самомъ низу прощупывается припухлость, весьма болѣзненная на ощупь и дающая тупой перкуторный звукъ. Сегодня слабило 2 раза, жидко. t° 38,8. Пульсъ 92. Дых. 28. Ord.: опій и ледъ.

5/XI. t° 37,0. Пульсъ 96. Опухоль справа ясно прощупывается, боль умѣренная. Стула не было. Мочи 1200 куб. с., удѣл. вѣса 1,010, щелочной реакціи, бѣлка и индиката нѣтъ. t° веч. 37,6.

6/XI. t° утр. 37,5. Пульсъ 100. Опухоль справа также ясно прощупывается. Болѣзненность не уменьшается. Стула не было. Вѣтры отходятъ. t° веч. 37,8.

7/XI. t° утр 37,3. Пульсъ 100. Опухоль увеличилась, прощупывается зыбленіе. Былъ нормальный стулъ. Съ ночи появились регулы. t° веч. 37,7.

8/XI. t° утр. 37,6. Пульсъ 100. Опухоль увеличилась еще болѣе, ясное зыбленіе. Per vaginam: ничего ненормальнаго не обнаружено. Регулы продолжаются. Стула не было. t° веч. 37,8.

9/XI. t° утр. 37,8. Подъ наркозомъ хлороформомъ (35,0) произведена нами операція разрѣзомъ длиною около 10 сти. на 2 поперечныхъ пальца кнутри отъ sp. ant. sup. os. ilei dext. По вскрытіи поперечной фасціи въ нижнемъ углу разрѣза выдѣлилось порядочное количество густого вонючаго гноя. По введеніи пальца въ полость гнойника констатировано, что полость ограничена сверху ниже уровня sp. ant. sup., внизу же полость идетъ по направленію къ полости малаго таза, по граница ея достигается концомъ введеннаго пальца. Полость гнойника затампонирована іодоформной марлей. Верхняя часть разрѣза, лежавшая выше гнойника, зашита двухъэтажнымъ швомъ.

Послѣопераціонное теченіе гладкое. t° нормальная. Стулъ задержанъ, вызывался клизмами. Къ 2/XII полость гнойника совершенно выполнилась.

3/XII. t° утр. 36,5. Подъ хлороформнымъ наркозомъ (20,0) наложенъ вторичный швъ (А. А. Кадьяномъ). Грануляціонныя и рубцевыя ткани выскоблены острой ложечкой и вырѣзаны ножемъ, слои брюшной стѣнки изолированы другъ отъ друга и наложенъ этажный швовъ. Сухая асептическая повязка. t° веч. 36,9.

Отъ 4/XII до 9/XII t° нормальная, никакихъ осложненій.

10/XII. t° утр. 36,4. Перевязка: швы сняты, заживленіе первичнымъ натяженіемъ. t° веч. 37,4.

13/XII. Больная, какъ совершенно выздоровѣвшая, выписана.

№ 20. *Клара Як.*, 11 лѣтъ. Поступила въ 9 час. вечера 10-го декабря 1894 года. *Умерла* въ 9 ч. 50 м. утра 11-го декабря.

Anamn. Заболѣла 4-го декабря явленіями перитифлита.

St. praes. Слабая больная. Пульсъ неправильный, плохо считается. Животъ вздутъ, болѣзненъ, при перкуссіи дастъ высокій тимпаническій тонъ, кромѣ fossa iliaca dextra, гдѣ прощупывается инфильтратъ. Больная держитъ нижнія конечности притянутыми къ животу. Рвота. Тотчасъ по поступленіи подъ наркозомъ хлороформомъ (7,0) сдѣлана (А. А. Троянов ымъ) боковая лапаротомія. По вскрытіи брюшины вытекло большое количество вонючаго гноя. Въ ранѣ предлежала сѣпая кишка. Червеобразный отростокъ извлеченъ наружу, у основанія онъ оказался омертвѣлымъ и прободеннымъ. Сдѣлана его ампутація. Кое-гдѣ между

петлями кишекъ образовались склейки. Гной вытекаетъ изъ разныхъ областей брюшной полости, его было много и въ области печени и въ маломъ тазу. Введены асептическіе тампоны во всѣ стороны брюшной полости, поверхъ асептическая повязка. Послѣ наркоза больная пришла въ себя, но пульсъ остался такой же плохой. Ночь провела безпокойно, металась, постоянная рвота. Inject. camph. черезъ каждые ½ часа.

11/хп. Въ 9 ч. 50 м. (т. е. черезъ 11—12 ч. послѣ операціи) *exitus*.

№ 21. *Елена Зуб*, замуж, 23 лѣтъ. Поступила 14-го декабря 1894 года. Выписалась 28-го января 1895 года.

Anamn. Около 10-ти дней, какъ болитъ голова, а 4 дня тому назадъ (11-го) появились сильныя боли правой стороны живота и лихорадочное состояніе. 12-го—знобило. 9-го числа перенесла тяжелый комодъ. Съ 11-го не имѣла стула, до тѣхъ же поръ стулъ былъ ежедневный и нормальный. Раньше животомъ никогда не страдала. Вообще серьезныхъ болѣзней не имѣла и въ больницѣ не лежала. Менструаціи правильныя, теперь 3 мѣсяца нѣтъ, передъ тѣмъ были 2 раза, въ срокъ послѣ родовъ (въ іюлѣ). Рожала 2 раза, благополучно.

St. praes. Больная средняго роста, правильнаго тѣлосложенія и умѣреннаго питанія. Языкъ слегка обложенъ. Границы сердца нормальны, тоны чисты, у основанія слабоваты, нѣкоторая аритмія: послѣ довольно значительнаго числа сокращенія—пауза. Верхушка праваго легкаго сзади слегка притуплена съ усиленнымъ выдохомъ, въ остальныхъ частяхъ легкія свободны. Печень и селезенка не увеличены. Въ самомъ углу правой подвздошной впадины притупленіе и рѣзкая чувствительность въ остальныхъ мѣстахъ. животъ безболѣзненъ. Боли также въ поясницѣ (также съ 11-го). Весьма незначительный отекъ ногъ. t° 39,5. Пульсъ 100. Дыханіе 20. Ord.: опій и ледъ.

15/хп. t° утр. 38,8. Пульсъ 104. Спала хорошо. Не рвало и не тошнило. Притупленіе въ правой подвздошной области не доходитъ до Пупартовой связки, болѣзненность же простирается отсюда кзади на правую почечную область. Мочи 800 куб. сантм., кислой реакціи, уд. вѣсъ 1,021, бѣлка нѣтъ, содержитъ индиканъ въ порядочномъ количествѣ. t° веч. 39,2.

16/хп. t° утр. 39,0. Пульсъ 100. Чувствуетъ себя лучше, спала хорошо. Боли въ правой подвздошной и почечной области меньше. Вчера былъ припадокъ сердцебіенія. Стула не было, но вѣтры отходятъ въ большомъ количествѣ. t° веч. 38,3.

17/хп. утр. 38,0. Пульсъ 84. Былъ жидкій стулъ. Ночью бредила. Чувствительность живота справа выражена умѣренно. Ord.: опій отмѣненъ. Sol. Natr. salic. t° веч. 38,1.

18/хп. t° утр. 38,2. Пульсъ 92. Тотчасъ послѣ пріема салициловаго натра, боли живота усилились. Былъ стулъ. Спала спокойно. t° веч. 38,5.

19/хп. t° утр. 38,0. Пульсъ 92. Былъ стулъ, гнойныхъ шариковъ въ немъ не найдено, но оказались яички oxyuris (раньше у больной бывалъ зудъ въ зад-

непроходномъ отверстіи; глисты не отходили). Послѣ салиц. натра тошнило и 1 разъ вырвало. Чувствительность по прежнему. t° веч. 38,8. Natr. sal. отмѣненъ. также Opii 0,015, № 4. Ледъ по прежнему.

20/хп. t° утр. 38,3. Пульсъ 88. Боль въ прежнемъ мѣстѣ. Больная жалуется на боль въ грудяхъ. Стула не было. t° веч. 38,9.

21/хп. t° утр. 38,1. Въ правой подвздошной области прощупывается разлитой болѣзненный глубокій инфильтратъ, который продолжается книзу и кнутри отъ sp. ilei ant. sup. и поднимается немного надъ sp. ant. sup., представляясь снутри въ видѣ неяснаго вала. Подъ хлороформнымъ наркозомъ сдѣланъ дугообразный разрѣзъ (М. М. Крюковымъ) длиною въ 12 сптм., начинающійся выше sp. ant. sup. на 3 пальца и идущій по направленію къ Пупартовой связкѣ. По вскрытіи брюшины опорожненъ гнойникъ, величиною въ кулакъ. Внутреннюю стѣнку гнойника образовали склеившіяся петли кишекъ, заднюю поверхность подвздошной ямки. Карманъ кзади, почему сдѣлана сзади противоотверстіе. Дренажъ и тампоны. Сухая асептическая повязка. t° веч. 38,1.

Послѣопераціонное теченіе гладкое. t° нормальная. Стулъ задержанъ, вызывался клизмами.

27/I. Больная выписана съ поверхностной ранкой сзади и неглубокимъ свищемъ спереди.

№ 22. *Александра Кур.*, крест., замуж., 21 года. Поступила въ больницу 15-го декабря 1894 года. Выписалась 10-го февраля 1895 г.

Anamn. Заболѣла 4-го декабря: вдругъ появились боли въ животѣ, рвота и поносъ (ѣла испортившіяся яблоки). Поносы смѣнились запорами. Больная слегла въ постель; ознобъ, жаръ, слабость и боли, преимущественно въ правой сторонѣ живота. Мочеиспусканіе съ рѣзью въ первые дни. Menses на 16-мъ году, по 3 дня черезъ 4 нед., не обильныя, безъ болей, правильныя. Рожала 1 разъ, 7 мѣс. тому назадъ, благополучно, въ срокъ. Кормила сама до поступленія въ больницу.

St. praes. Больная средняго питанія, слегка анэмична. Грудныя железы мягки, болѣзнены, отдѣляютъ молоко. Языкъ обложенъ, влажный. Аппетита нѣтъ. Сильная жажда. Напряженіе и сильная болѣзненность правой подвздошной области, гдѣ прощупывается колбасовидная опухоль, выполняющая подвздошную впадину и дающая зыбленіе. Перкуторный тонъ надъ опухолью притупленъ. *Per vaginam*: матка небольшая, подвижная, in anteflexione; зѣвъ закрытъ; лѣвый и передній своды совершенно пусты; черезъ правый удается высоко прощупать нижній сегментъ прощупываемой снаружи опухоли. t° 38,8. Пульсъ 90. Ord.: опій и ледъ.

16/хп. t° утр. 38,5. Пульсъ 108. Сегодня послѣ клизмы прослабило. Животъ довольно мягкій, не вздутъ и болитъ меньше. Напряженіе и рѣзкая болѣзненность правой подвздошной области. Опухоль ясно прощупывается. Не тошнитъ. t° веч. 39,5. Пульсъ 108.

17/хп. t° утр. 38,5. Въ правой подвздошной ямкѣ ясно прощупывается опу-

холь, расположенная вдоль наружной половины Пупартовой связки и немного далѣе кнаружи и кверху. Подъ хлороформомъ наркозомъ произведена операція (М. М. Крюковымъ): послойный разрѣзъ брюшной стѣнки вдоль наружной трети Пупартовой связки и далѣе кнаружи и кверху, длиною въ 10 сант. и приблизительно на 2 поперечныхъ пальца кнутри отъ sp. ant. os. ilei. По вскрытіи поперечной области обнажилась плотный фиброзный слой; пробный проколъ черезъ него далъ гной, который началъ просачиваться черезъ мѣсто укола, послѣ чего по направленію укола вскрыта фиброзная ткань, оказавшаяся толщиною до $^1/_2$ сант., и опорожненъ гнойникъ, величиною въ гусиное яйцо и лежавшій кнаружи отъ кишекъ. Тампонада. Сухая асептическая повязка. t° веч. 39,2.

Послѣопераціонное теченіе гладкое, хотя t° первые 4 дня оставались повышенной. Стулъ задержанъ, вызывался клизмами. Къ 30/I полость гнойника выполнилась, остались грануляціонія поверхностныя раны.

31/I. t° утр. 36,6. Наложенъ подъ хлороформомъ (25,0) вторичный швъ (М. М. Крюковымъ): грануляціонная и рубцовая ткань вырѣзаны и наложены отдѣльные швы на мышцы, апоневрозъ и кожу. Сухая асептическая повязка. Послѣ наркоза была рвота.

Отъ 1/II до 6/II t° нормальная.

6/II. t° утр. 37,0. Перевязка: швы сняты, зажившеніе первичнымъ натяженіемъ. t° веч. 36,7.

Отъ 7/II до 9/II t° нормальная.

10/II. t° утр. 36,8. Больная выписана, какъ вполнѣ выздоровѣвшая, съ линейнымъ рубцомъ на мѣстѣ раны.

№ 23. *Анна Кал.*, кр., дѣв., 29 лѣтъ. Поступила въ больницу 13-го января 1895 г. Выписалась 2-го марта.

Anamn. Заболѣла 1-го января болями живота, главнымъ образомъ, въ правой подвздошно-паховой области. Съ того же времени у больной запоръ. Страдаетъ кромѣ того головными болями.

St. praes. Больная удовлетворительнаго питанія. Легкія, сердце, печень и селезенка нормальны. Въ правой подвздошной области прощупывается опухоль соотвѣтственно слѣпой кишкѣ, довольно плотная и крайне болѣзненная. Движенія правой ноги вызываютъ сильныя боли, однако, движенія въ тазобедренномъ суставѣ вполнѣ свободны. Со стороны внутреннихъ половыхъ органовъ отступленія отъ нормы не обнаруживается. t° 38,1. Пульсъ 90. Ord.: опій и ледъ.

14/I. t° утр. 37,8. Пульсъ 78. Аппетита нѣтъ. Болѣзненность живота справа еще болѣе увеличилась. Стула не было. t° веч. 37,6.

15/I. t° утр. 37,5. Пульсъ 84. Сильныя боли въ правой подвздошной области. Стула не было. Въ мочѣ много индикана. t° веч. 37,7.

16/I. t° утр. 37,9. Пульсъ 104. Стула не было, вѣтры отходятъ. Болѣзненность и опухоль безъ измѣненія. t° веч. 39,0.

17/I. t° утр. 39,0. Пульсъ 90. Опухоль въ правой подвздошно-паховой области имѣетъ колбасовидную форму и распространяется на протяженіи двухъ наружныхъ третей Пупартовой связки, поднимаясь вверхъ до sp. ant. sup. d; опухоль безъ ясныхъ границъ, очень болѣзнена и подходитъ къ толщѣ брюшныхъ стѣнокъ. Правая нога выпрямляется и сгибается въ тазобедренномъ суставѣ свободно. Остальная часть живота не представляетъ измѣненій и не болѣзнена. Стула не было. t. веч. 38,7.

18/I. t° утр. 39,1. Подъ наркозомъ хлороформомъ (12,0) сдѣланъ типичный для перитифлита разрѣзъ вдоль опухоли и послѣ расѣченія спаленныхъ между собою поперечной фасціи и брюшины вскрыть вполнѣ ограниченный отъ остальной полости гнойникъ, величиною въ куриное яйцо. Тампонада, сухая асептическая повязка. t° веч. 37,8.

Послѣопераціонное теченіе гладкое, t° нормальная. Къ 10/I гнойная полость выполнилась, и осталась грануляціонная поверхностная рана.

11/I. t° утр 36,7. Подъ наркозомъ хлороформомъ (25,0) вырѣзанъ (М. М. Крюковымъ) рубецъ и грануляціонная поверхность, въ которой оказался свищъ, ведущій въ глубину и пропускающій палецъ. Въ свищъ вставленъ тампонъ, а остальная часть раны зашита послойно: швы на мышцы, апоневрозъ и кожу. Сухая асептическая повязка t° веч. 37,1.

19/I. Перевязка: швы сняты, первичное натяженіе, только на мѣстѣ тампона остался свищъ.

3/II. Больная выписалась съ очень короткимъ свищемъ на мѣстѣ бывшаго тампона.

№ 24. *Василиса Мин.*, кр., замуж., 38 лѣтъ. Поступила въ больницу 16 февраля 1895 года, выписалась 6 апрѣля.

Anamn. 12 февраля больная почувствовала боль въ правой сторонѣ живота, гдѣ вскорѣ замѣтила опухоль, въ куриное яйцо величиною. Опухоль быстро увеличивалась. До настоящей болѣзни была совершенно здорова.

St. praes. Больная хорошаго сложенія и удовлетворительнаго питанія, нѣсколько блѣдна. Со стороны легкихъ кромѣ незначительнаго притупленія надъ правой верхушкой ничего ненормальнаго не замѣчается. Границы сердца и его тоны нормальны. Печень и селезенка не увеличены. Ни тошноты, ни рвоты нѣтъ. Стулъ правильный. При осмотрѣ живота съ правой стороны замѣчается кругловатая опухоль, величиною въ два кулака. Опухоль начинается пальца на три ниже края ложныхъ реберъ и распространяется вверхъ до линіи, соединяющей верхнія передніе ости подвздошныхъ костей, и кнутри до срединной линіи; кнаружи границы опухоли выражены неясно; такимъ образомъ, опухоль занимаетъ преимущественно reg. hypogastrica et reg. hypochondr. dext. Кожные покровы надъ опухолью напряжены и надъ самой выдающейся частью ея покраснѣли. При ощупываніи опухоль оказывается неподвижной, эластической и дающей ясное зыбленіе.

Ощупываніе болѣзненно. Лимфатическія железы правой паховой области не увеличены и безболѣзненны, также и железы другихъ областей тѣла. t° 39,4°. Пульсъ 88. Дыханіе 20.

17/п. t° утр. 38,0. Пульсъ 90. Дых. 24. Ночью сильно болѣла голова. Больная жалуется на общую слабость. Подъ хлороформинымъ наркозомъ (25,0) сдѣлана операція (А. А. Кадьяномъ). Разрѣзъ кожныхъ покрововъ въ 10 стм. длиною, гнойникъ оказался лежащимъ тотчасъ подъ кожей и вмѣщающимъ около тарелки густого, зеленоватаго, вонючаго гноя съ яснымъ каловымъ запахомъ. Въ глубинѣ гнойной полости въ мышечной стѣнкѣ живота замѣчается отверстіе, ведущее по направленію къ слѣпой кишкѣ по второму полюсу, гдѣ изслѣдующій палецъ встрѣчаетъ перемычки. Мышечныя и апоневротическія волокна въ области гнойника драблы, легко рвутся. Полость гнойника выскоблена острой ложечкой и затампонирована іодоформной марлей; повязка положена сухая асептическая повязка. t° вер. 37,4. Пульсъ 80.

18/п. t° утр. 36,7. Больная чувствуетъ себя хорошо. Пульсъ хорошій. Языкъ влажный и красный. Вчера и сегодня утромъ нѣсколько разъ рвало. Появился аппетитъ.

Послѣоперационное теченіе вполнѣ гладкое. Перевязки черезъ 2—3 дня.

26/ш. На мѣстѣ раны грануляціонная поверхность.

27/ш. t° утр. 36,8. Подъ наркозомъ хлороформомъ (35,0) грануляціи выскоблены, рубецъ иссѣченъ, края раны освѣжены, мышечные слои отдѣлены другъ отъ друга и наложены швы въ три этажа послойно. Поверхъ сухая асептическая повязка. t° вет. 37,4.

5/iv. Сняты швы. Заживленіе per primam.

6/iv. Больная выписана.

№ 25. *Пласковъя Пет.*, кресть., дѣвица, 20 лѣтъ. Поступила въ больницу 20 февраля 1895 года, выписалась 29 апрѣля.

Anamn. 11 февраля больная подняла большой котелъ и вскорѣ почувствовала сильныя боли въ животѣ. 13-го въ банѣ ей сдѣлали масажъ живота, послѣ чего боли распространились и на поясницу. Menses правильныя. Не рожала.

St. praes. Больная выше средняго роста, крѣпкаго тѣлосложенія и хорошаго питанія. Границы легкихъ нормальныя, дыханіе везикулярное. Границы сердца также нормальны, тоны чисты. Печень и селезенка увеличены. Животъ вздутъ; справа немного выше Пупартовой связки чувствительность и при ощупываніи резистенція. Языкъ сильно обложенъ. t° 38,3. Пульсъ 94. Ord.: ледъ и опій.

22/п. t° утр. 38,3. Пульсъ 104. Резистенція надъ правой Пупартовой связкой плотнѣе, чѣмъ вчера, болѣзненность же одинакова. Самыя сильныя боли въ области правой почки. t° вечер. 39,0.

23/п. t° утр. 38,2. Пульсъ 96. Ночь спала. Болѣе сильныя боли при ощупываніи правой почки. Резистенція въ правой подвздошной ямкѣ довольно ясная,

плотная. Здѣсь получается умѣренное притупленіе перкуторнаго тона. Послѣ клистира прослабило 1 разъ довольно хорошо. Моча уд. вѣсъ 1,016. Бѣлка нѣтъ. t° вечер. 38,5.

24/п. t° утр. 38,2. Больная жалуется на боль въ правой подвздошной области, распространяющуюся въ поясничную область. Животъ вздутъ, тимпаниченъ, надъ правой же fossa iliaca тонъ нѣсколько притупленъ, тутъ же чувствительная резистенція, но ясной опухоли не прощупывается.

Подъ хлороформинымъ наркозомъ сдѣлано боковое чревосѣченіе (А. А. Кадьянъ) съ кожнымъ разрѣзомъ, параллельнымъ cristae ilei и кнаружи отъ Пупартовой связки. По вскрытіи брюшины въ полости ея экссудата не оказалось. Серозный покровъ слѣпой кишки и особенно червеобразнаго отростка гиперемированъ. Въ червеобразномъ отросткѣ кромѣ нѣкоторого утолщенія ничего особеннаго не обнаруживается. Верхушку червеобразнаго отростка ощупать не удается, она уходитъ кзади подъ брюшину; весь червеобразный отростокъ прирось, такъ что его брыжейка не опредѣляется. Введены тампоны въ брюшную полость. Большая часть раны зашита. Сухая асептич. повязка. t° вечер. 38,6.

25/п. t° утр. 36,5. Пульсъ 84. Вчера послѣ операціи и ночью была рвота, вырвало нѣсколько ascarides lumbric. Сильная жажда, икота, а послѣ пріема опія рвота. Животъ вздутъ, но не больше вчерашняго. t° веч. 37,4.

26/п. t° утр. 36,7 Общее состояніе удовлетворительно. Рвота прекратилась, опять вырвало ascarides lumbr. Жажда. На боли не жалуется. t° вечер. 37,5.

27/п. t° утр. 37,1. Пульсъ 78. Рвота прекратилась продолжается. Животъ не болитъ. t° вечер. 37,6.

28/п. t° утр. 38,6. Сравнительно со вчерашнимъ днемъ состояніе больной измѣнилось; пульсъ хуже, чаще и меньше; *кашель увеличился, появилась гнойная мокрота съ примѣсью крови.* Рвота вчера и сегодня; ночью вырвало 2 ascar. lumbr., передъ этимъ были сильныя боли въ животѣ. Пульсъ 90—96. Дыханіе 20. Перевязка. Изъ раны вынутъ больной тампонъ, меньше передернутъ и обрѣзанъ. Животъ слегка вздутъ, безболѣзненный. При изслѣдованіи груди опредѣляется *въ правомъ легкомъ сзади притупленный тонъ* и при выслушиваніи мелкопузырчатые хрипы. t° вечер. 39,0.

1/iv. t° утр. 38,7. Вчера вечеромъ были опять сильныя боли въ животѣ. Повязка промокла вонючимъ гноемъ. Перевязка: животъ болѣе вздутъ и болѣзненъ, чѣмъ вчера, изъ раны вытекаетъ стергразный вонючій гной. Часть швовъ снята, сросшіяся первичнымъ натяженіемъ кожа и мышцы разорваны. Введены тампоны, но не глубоко. Изъ раны предлежитъ, повидимому, слѣпая кишка, ее омываетъ со всѣхъ сторонъ гной. Пульсъ 102—108, удовлетворительный, полный. Рвоты сегодня нѣтъ, но тошнота продолжается. Капаетъ также, мокрота попрежнему гнойная съ примѣсью крови. t° вечер. 38,0.

2/III. t° утр. 37,9. Перевязка. Тампоны перемѣнены. Животъ вздутъ, слегка болѣзненъ. t° вечер. 38,3.

3/III. утр. 37,4. Пульсъ 96. Два раза была рвота, повидимому, она вызывается приступами кашля, опять вышла одна аскарида. На боли живота не жалуется; языкъ обложенъ, по влаженъ. Мокрота попрежнему гнойная съ кровью. Повязка сухая. t° вечер. 38,0.

4/III. t° утр. 37,3. Чувствуетъ себя лучше. Рвоты не было, животъ не болитъ. Кашель попрежнему. Пульсъ 100. Языкъ сухой. Аппетита нѣтъ. Въ обѣихъ легкихъ сзади масса мелкопузырчатыхъ хриповъ. Перевязка. Обильное отдѣленіе вонючаго гноя. Тампоны смѣнены. t° вечер. 38,0.

5/III. t° утр. 36,8. Рвоты не было, хотя вчера съѣла 1 яйцо. Общій видъ лучше. Сегодня прослабило. Кашлянетъ не такъ мучительно. Повязка суха. t° вечер. 37,8.

6/III. t° утр. 37,9. Общее состояніе хорошее; появился аппетитъ; языкъ еще обложенъ. Кашлянетъ меньше, въ правомъ легкомъ много влажныхъ хриповъ, но такихъ крепитирующихъ, какъ вначалѣ, теперь не слышно. Прослабило 2 раза. Перевязка. Отдѣленіе гноя обильное. Сняты оставшіеся швы—заживленіе здѣсь per primam. Видъ раны хорошій. Тампоны смѣнены. t° вечер. 38,1.

Въ дальнѣйшемъ теченіи со стороны брюшной полости не было никакихъ осложненій, но вскорѣ появилась припухлость и нагноеніе околоушной железы, потребовавшія операціи (8/III). Вслѣдствіе паротита t° поднялась до 39,3° и долго держалась высокой. Легочныя явленія также оставались довольно долго. t° опустилась до нормы только 1 апрѣля.

30/III при перевязкѣ обнаружено небольшое пробуденіе стѣнки слѣпой кишки, откуда выдѣлялись газы и жидкій калъ. Вскорѣ выдѣленія черезъ свищъ почти прекратились, но самъ свищъ не закрывался вслѣдствіе выпаденія черезъ него слизистой, что потребовало оперативнаго вмѣшательства.

14/IV. t° утр. 36,6. Подъ наркозомъ хлороформомъ (50,0) произведена слѣдующая операція (А. А. Кадьяномъ): края раны, покрытые рубцомъ срѣзаны, на кишку наложены швы въ два ряда, послѣ предварительнаго выскабливанія серознаго покрова острой ложкой. Швы накладывались съ трудомъ, такъ какъ они прорѣзывались. Слизистая оболочка вправлена и швы наложены на одинъ серозный покровъ. Окружающая слѣпую кишку полость оказалась совсѣмъ ограниченною, она выскоблена острой ложечкой и протерта іодоформной марлей. Брюшная стѣнка раздѣлена послойно и зашита этажнымъ швомъ. Въ нижній уголъ раны вставленъ небольшой тампонъ. t° вечер. 36,4.

21/IV. Швы сняты: заживленіе раны первичнымъ натяженіемъ.

29/IV. Больная выписана, какъ совершенно поправившаяся.

№ 26. *Александра Сок.*, 28 лѣтъ. Поступила въ больницу 21-го апрѣля 1895 года, выписалась 25-го іюня.

Anamn. Больна около 2-хъ мѣсяцевъ; вначалѣ болѣзни были сильныя боли въ животѣ и съ тѣхъ поръ не была вполнѣ здорова, наступавшія облегченія смѣнялись рѣзкимъ ухудшеніемъ. Сначала лихорадила не особенно, но подъ конецъ t° стала значительно высокой. Въ послѣднее время появились частые позывы къ мочеиспусканію.

St. praes. Больная выше средняго роста, правильнаго тѣлосложенія и удовлетворительнаго питанія. Подкожный жировой слой развитъ въ умѣренной степени, кожные покровы и видимыя слизистыя оболочки блѣдны. Языкъ слегка обложенъ, суховатъ. Животъ слегка вздутъ; reg. hypogastr. dext. и отчасти mesogastr. dext. немного выпячены, даютъ притупленный перкуторный тонъ, а при ощупываніи обнаруживается инфильтратъ съ неясными границами, не очень плотный, занимающій правую подвздошную ямку и дающій здѣсь ощущеніе зыбленія; давленіе на инфильтратъ болѣзненно. Стула не было вчера и сегодня. t° утр. 21/IV 39,0. Пульсъ 114. Дых. 22.

Подъ наркозомъ хлороформомъ (26,0) сдѣлана боковая лапаротомія и резекція червеобразнаго отростка (А. А. Троянов ымъ). Разрѣзъ брюшныхъ стѣнокъ типичный для перитифлитовъ. По вскрытіи брюшной полости оказалось, что слѣпая кишка и часть восходящей ободочной срощены склейками съ peritoneum parietale. По введеніи отграничивающихъ тампоновъ въ свободную брюшную полость склейки разорваны, послѣ чего обнаружилась полость, наполненная вонючимъ гноемъ. Червеобразный отростокъ отдѣленъ отъ сращеній и выведенъ наружу: сдѣлана резекція его съ лигатурой на брыжжейкѣ. Тампоны въ гнойную полость. Сухая асептическая повязка. Червеобразный отростокъ въ 8—9 стм. длиною, немного толще карандаша, имѣетъ хорошо развитую брыжжейку, не доходящую, однако, до вершины на $^{3}/_{4}$ стм. Умѣренное отложеніе жира на брыжжейкѣ. Почти по средин на сторонѣ противоположной мѣсту прикрѣпленія брыжжейки имѣется перфоративное отверстіе, въ булавочную головку величиною. t° веч. 38,0.

22/IV. t° утр. 37,5. Пульсъ 108, полный. Ночь не спала. Общее состояніе вполнѣ удовлетворительное. Ни рвоты, ни тошноты нѣтъ и не было. Вчера вечеромъ были схваткообразныя боли въ животѣ, сегодня же животъ не болитъ и не болѣзненъ при давленіи. Мочится сама. Пришли регулы. t° веч. 37,8.

Послѣдующіе дни до 4/V t° повышенная, иногда до 39,4° при общемъ хорошемъ состояніи. Прочной повышенной t° были затеки гноя и плохо очищающаяся рана.

Съ 4/V t° нормальная и дальнѣйшее теченіе раны гладкое, хотя и медленное. Подъ конецъ появились тупыя боли въ правой подвздошной и поясничной областяхъ.

24/VI. t° утр. 37,0. Боли въ поясничной и подвздошной областяхъ продолжаются и отдаютъ въ правую ногу. Рана совершенно зажила. Подъ рубцомъ инфильтратъ не прощупывается. Рубецъ плотный. t° веч. 37,1.

25/VI. t° утр. 36,5. Здорова. Выписана.

13/x 95. Больная вновь поступила въ больницу для операціи грыжи на мѣстѣ рубца. Рубецъ длиною въ 20 стм. и шириною въ 1½ стм. и довольно тонкій; ясно ощупываются края разошедшихся мышечныхъ слоевъ; при напряженіи брюшного пресса довольно значительное выпячиваніе рубца и кожи кишечными петлями. Подъ наркозомъ хлороформа рубецъ, оказавшійся довольно тонкимъ и приросшимъ къ слѣпой кишкѣ, иссѣченъ (А. А. Троицкимъ), края раны брюшной стѣнки изолированы на отдѣльные слои и наложенъ послойный трехъэтажный шовъ. Асептическая повязка.

21/x швы сняты, никакой реакціи вокругъ швовъ и рубца. Однако, черезъ день t° поднялась до 38,1, появились боли въ рубцѣ, гдѣ констатировалось нѣкоторое уплотненіе, а спустя 2 дня часть рубца разорвана, причемъ въ глубинѣ оказалось скопленіе гноя. Небольшая гнойная полость довольно медленно заживала, причемъ выдѣлились 2—3 шва.

12/xii больная выписалась съ небольшой рубцующейся грануляціонной поверхностью. По полученнымъ свѣдѣніямъ въ октябрѣ 1897 г. (черезъ 2 года) на мѣстѣ разрѣза линейный рубецъ. Никакого слѣда грыжи.

№ 27. *Антонина Ал.*, жѣщ., зам., 23 лѣтъ. Поступила въ больницу 22 апрѣля 1895 года, выписалась 4-го іюля.

Anamn. Заболѣла за 5 дней до поступленія въ больницу. Болѣзнь началась желудочно-кишечнымъ разстройствомъ: тошнотой, рвотой, поносомъ, чередующимся съ запоромъ. Впослѣдствіи къ этому присоединилась сильная боль въ правой половинѣ живота. Раньше такихъ заболѣваній больная не помнитъ. Послѣднія роды 1 годъ 1 мѣсяцъ тому назадъ. Послѣдняя menstrua 1-го апрѣля, безболѣзненная и вполнѣ нормальная.

St. praes. Больная правильнаго тѣлосложенія, средняго питанія, весьма блѣдная. Языкъ сухой, обложенъ, слизистая оболочка рта блѣдна. Со стороны органовъ грудной полости ничего ненормальнаго не замѣчается. Сердце въ нормальныхъ границахъ. Въ легкихъ везикулярное дыханіе и ясный перкуторный звукъ. Животъ сильно вздутъ и напряженъ. При перкуссіи высокій тимпаническій звукъ вездѣ, кромѣ правой подвздошной области, гдѣ опредѣляется мѣсто притупленнаго звука, въ задонь величиною. При ощупываніи здѣсь опредѣляется сильная болѣзненность и повышенная резистенція безъ опредѣленныхъ, однако, границъ. Движенія правой ноги свободны. t° 38,6. Ord.: опій и дедъ.

24/iv. утр. 37,5. Пульсъ 120. Дых. 28. Ночью спала плохо изъ за болей живота. Рвоты за все время въ больницѣ не было, но тошнота есть. Стула не было. Общее состояніе сегодня хуже. Языкъ обложенъ и сухъ. Животъ по прежнему сильно вздутъ и напряженъ. Сегодня болѣзненность въ лѣвой подвздошной области сильнѣе, въ правой попрежнему опредѣляется ясное притупленіе и напряженіе брюшной стѣнки. Мочи 500 куб. сант., удѣл. вѣса 1,026, безъ бѣлка и индикана.

Подъ комбинированнымъ наркозомъ (cocaini 0,05 и chloroformii 25,0) брюшная полость вскрыта (А. Б. Арапомъ) разрѣзомъ нѣсколько ближе къ средней линіи, чѣмъ обычно при перитифлитахъ. Глубокіе слои покроповъ представлялась сращенными, а тотчасъ по вскрытіи брюшинного листка предлежалъ сальникъ, сращенный съ передней брюшной стѣнкой воспалительными перемычками. Въ глубинѣ операціонной раны подъ слѣпой кишкой обнаружена полость, наполненная гноемъ съ сильнымъ каловымъ запахомъ. При изслѣдованіи пальцемъ опредѣлень еще глубокій ходъ, ведущій кверху къ печени, которая и ощупывается изслѣдуемымъ пальцемъ въ верхнемъ концѣ хода. Въ гноѣникѣ найденъ червеобразный отростокъ, спаянный съ сосѣдней тонкой кишкой и омертвѣвшій на протяженіи нижней трети. Отростокъ ампутированъ у самаго основанія. Тампонада изъ іодоформной марли, поверхъ асептическая повязка. Состояніе больной послѣ операціи удовлетворительно. Пульсъ 104. Дыханіе 24. t° веч. 37,0

Послѣ операціи общее состояніе оставалось тяжелымъ и хотя t° оставалась почти нормальной, но пульсъ былъ ускоренъ до 120—100 ударовъ въ минуту. Боли живота съ задержкой газовъ и напряженіемъ продолжались. Вскорѣ появились боли, напряженіе и припухлость въ лѣвой подвздошной ямкѣ.

3/v въ 1 ч. дня замѣчено много гноя вытекающаго изъ рукава. При осмотрѣ рукава замѣчено свищевое отверстіе, въ горошину величиною, изъ котораго выдѣляется густой гной въ большомъ количествѣ съ фибринозными свертками. Рукавъ тщательно промытъ и затампонированъ іодоформной марлей. t° веч. 37,5.

Въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни t° оставалась нормальной, изрѣдка поднимаясь до 37,5—38,3° въ зависимости отъ скопленія гноя при закупоркѣ дренажа въ заднемъ сводѣ. Отпрыленія кишечника были валы, съ запорами.

4/vii. Больная выписана съ вполнѣ зажившими ранами на животѣ и въ рукавѣ.

№ 28. *Надежда Гри.*, гимназистка, 15 лѣтъ. Поступила въ больницу 21-го мая 1895 года; выписалась 11 іюня.

Anamn. Заболѣла 1-го мая при всѣхъ явленіяхъ остраго перитифлита: рвота, боли живота, вздутіе его и т. д. Временно было лучше, но послѣднюю недѣлю всѣ припадки снова усилились. Постоянно лихорадитъ; послѣдніе дни t° по вечерамъ 38 съ дробями, по утрамъ меньше.

St. praes. Больная очень слабая, истощенная дѣвочка; слизистыя оболочки блѣдны. Пульсъ малый, частый—102—108. Животъ слегка вздутъ, правая половина соотвѣтственно подвздошной впадинѣ нѣсколько выдается, перкуторный звукъ здѣсь притупленно-тимпаническій; при ощупываніи болѣзненность и рѣзко увеличенная резистенція, однако, ясныхъ выдѣленій не получается. t° утр. 37,4.

Подъ наркозомъ хлороформомъ (10,0) и кокаиномъ (0,05) сдѣланъ (А. А. Кадьяномъ) послойный разрѣзъ, обычный при перитифлитахъ. По разрѣзѣ всѣхъ слоевъ брюшной стѣнки вскрыть гноѣникъ, лежавшій поверхностно между кишкой и наружными покровами; книзу отъ него оказались два хода, идущіе глубоко въ

двухъ направленіяхъ: одинъ вздъ и кнутри и другой книзъ и кзади. Въ общемъ удалено довольно большое количество вонючаго гноя. По удаленіи гноя всѣ карманы полости выполнены тампонами и сверху наложена сухая асептическая повязка. Во время наркоза и послѣ него была нѣсколько разъ рвота. Пульсъ послѣ операціи удовлетворительный, 108. t° вечъ. 36,6.

22/v. t° утр. 36,2. Пульсъ 90, лучше, чѣмъ прежде. Ночь провела хорошо, спала; чувствуетъ себя вполнѣ удовлетворительно. Рвоты больше не было. Боли въ ранѣ къ вечеру стихли. t° веч. 37,1.

Послѣдующіе дни послѣопераціонное теченіе гладкое. t° вначалѣ поднималась до 37,8°, а затѣмъ постоянно нормальная.

11/vi- больная выписана съ грануляціонной поверхностной раной.

№ 29. *Мерья Иг.*, кресть., замужъ, 29 лѣтъ. Поступила въ больницу утромъ 27-го іюля 1895 г., *умерла* въ $9^1/_4$ ч. в. 27-го іюля.

Anamn. Заболѣла 20 іюля внезапно болью въ животѣ, болѣе рѣзкою въ правой подвздошной области. Рвота и задержка испражненій. Раньше были боли въ области слѣпой кишки, отъ которыхъ, однако, больная никогда не лежала.

St. praes. t° 38,0. Пульсъ очень частый и малый. Лицо осунувшееся, «перитонеальное». Животъ умѣренно вздутъ, напряженный и болѣзненный, особенно въ правой подвздошной области, гдѣ прощупывается (подъ наркозомъ) небольшой инфильтратъ и получается притупленіе перкуторнаго тона. Со стороны половыхъ органовъ ничего ненормальнаго не замѣчается. Стулъ не было 3 дня. Газы не отходятъ. Рвота. Общее состояніе плохое.

Тотчасъ по поступленіи произведена операція (Г. Ф. Цейдлеромъ) подъ хлороформомъ и кокаиномъ. Разрѣзъ брюшной стѣнки по наружному краю правой прямой брюшной мышцы. По вскрытіи брюшины показался гнойно-серозный экссудатъ. Сращеній нѣтъ. Разлитой перитонитъ. Малый тазъ переполненъ гноемъ. Въ окружности червеобразнаго отростка довольно большая обособленная полость, наполненная густымъ, вонючимъ гноемъ, въ которомъ найденъ каловой овальный камень въ $1^1/_2$ стм. длиною и въ 1 стм. шириною. Въ центрѣ его оказалось какое то инородное тѣло весьма своеобразной формы въ 1 стм. длиной и въ самой широкой части въ $^1/_2$ стм., природу его очень трудно опредѣлить: оно очень твердое, едва скобличто ножемъ и темно-коричневаго цвѣта. Червеобразный отростокъ сросшъ съ окружающими частями, около верхушки его прободеніе. Ампутація его у основанія. Червеобразный отростокъ въ 6—7 стм. длиною и значительно толще карандаша. Брыжейка доходитъ до верхушки, отложеніе жира на ней скудное. На разстояніи 1 стм. отъ верхушки имѣется очень большое отверстіе съ очертѣвшими краями. Прободеніе захватываетъ больше $^2/_3$ окружности отростка, оставляя только полосу у мѣста прикрѣпленія брыжейки. Просвѣтъ значительно расширенъ, а конечная часть отъ мѣста прободенія колбовидно вздута и у верхушки стѣнки замѣтно истончена. Здѣсь же имѣется грязно-

ватый осадокъ каловыхъ крупинокъ. Слизистая разрыхлена, особенно къ периферіи отъ мѣста прободенія. Непосредственно къ центру отъ мѣста прободенія имѣется по сравненію съ остальной частью нѣкоторое суженіе просвѣта. Периферическая же расширенная часть производитъ впечатлѣніе, что здѣсь помѣщался каловой камень нѣкоторою своею частью. Сдѣланы еще два боковыхъ разрѣза брюшной стѣнки: надъ правой Пупартовой связкой и въ лѣвой боковой области. Ведетъ въ брюшной полости гнойный экссудатъ. Во всѣ стороны введены тампоны изъ асептической марли, поверхъ асептическая повязка.

Больная послѣ операціи, несмотря на возбуждающія (Inj. Camph. черезъ часъ) плохо оправлялась и въ $9^1/_4$ ч. в., т. е., черезъ 9—10 ч. послѣ операціи скончалась. Вскрытіе 28 іюля.

Diagn. anat. Degener. parench. musc. cordis. Hyperaemia pulmonum. Hyperplasia lienis parv. gr. Degeneratio parench. et hyperaemia hepatis. Degener. parench. renum. Gastritis chron. Vulnera (III) abdominis post laparotomiam ex causa *appendicitis ulcerosa. Peritonitis ac. purul. diffusa perfovativa.*

№ 30 см. выше.

№ 31. *Серафима Ан.*, вдова, 28 лѣтъ. Поступила въ больницу 27-го Марта 1896 г.; выписалась 28-го мая.

Anamn. Въ январѣ этого года былъ припадокъ перитифлита, отъ котораго больная пролежала 2 недѣли. Настоящій припадокъ продолжается уже 2 недѣли и начался сильными болями живота, по преимуществу въ правой подвздошной области. Рожала въ послѣдній разъ 2 года тому назадъ. Menstrua обильныя, но правильныя.

St. praes. Больная слабаго сложенія и плохого питанія. Въ подвздошно-слѣпой области прощупывается плотный инфильтратъ, доходящій почти до срединной линіи и очень болѣзненный при давленіи. Животъ не вздутъ и, исключая области слѣпой кишки, безболѣзненъ. Рвоты нѣтъ, стулъ превильный. t° 39,0. Ord.: опій и ледъ.

28/m. t° утр. 39,5. Подъ хлороформнымъ наркозомъ произведена операція разрѣзомъ брюшной стѣнки, типичнымъ для перитифлита. По вскрытіи брюшинаго листка оказалось, что предлежащая брюшная полость не представляетъ никакихъ измѣненій; введены отграничивающіе асептическіе тампоны. Слѣпая кишка фиксирована силейками въ подвздошно-слѣпой ямкѣ; по остроумной отдѣленіи склеекъ вскрыта подъ слѣпой кишкой гнойная полость, отграниченная отъ остальной брюшной полости старыми плотными сращеніями. Червеобразный отростокъ прощупать среди сращеній не удается, гнойная полость простирается почти до средней линіи вблизи входа въ малый тазъ. Отдѣльная тампонада гнойника. Сухая асептическая повязка. Общее состояніе послѣ наркоза удовлетворительно. t° веч. 38,0.

29/III. t° утр. 38,1. Общее состояніе удовлетворительно. Ни рвоты, ни тошноты нѣтъ, животъ не болѣзненъ. Повязка промокла, перемѣнена, исключая тампоновъ. t° веч. 38,1.

30/III. t° утр. 37,4. Повязка суха. Явленій перитонита нѣтъ. Мочится сама. t° веч. 39,0.

31/III. t° утр. 38,2. Животъ не вздутъ и мало болѣзненъ. Перевязка. Смѣнены тампоны, ведущіе въ полость гнойника, ведущіе же въ свободную брюшную полость оставлены безъ перемѣны. Сухая асептическая повязка. t° веч. 38,1.

1/IV. t° утр. 38,3. Рвоты не было, животъ не вздутъ и безболѣзненный; общее состояніе удовлетворительно. Стула не было. t° веч. 38,6.

2/IV. t° утр. 38,3. Боли въ ранѣ, остальной же животъ безболѣзненъ. Послѣ клизмы прослабило. Перевязка: тампоны, ведущіе въ свободную брюшную полость смѣнены, исключая одного, такъ какъ при вытаскиваніи его началось выпаденіе сальника. Послѣ перевязки повязались боли живота. t° веч. 38,2.

3/IV. t° утр. 37,1. Боли живота прекратились. Ни рвоты, ни тошноты нѣтъ. Общее состояніе удовлетворительно. t° веч. 38,0.

4/IV. t° утр. 37,1, веч. 38,3.

5/IV. t° утр. 37,6. Общее состояніе удовлетворительно, животъ не вздутъ и не болитъ. Стула не было. t° веч. 38,3.

6/IV. t° утр. 37,5. Общее состояніе удовлетворительно, стула не было. Перевязка: смѣнены тампоны, ведущіе въ брюшную полость, которая уже отграничена склейками отъ остальной свободной брюшной полости. t° веч. 37,2.

Слѣдующіе два дня t° упала до нормы, но затѣмъ быстро поднялась до 41,2° вслѣдствіе появленія Erysipelas лица, державшейся до 15/IV. Послѣдующее теченіе довольно гладкое, стулъ задержанъ, вызывался клизмами.

28/V. Больная выписалась съ зарубцевавшейся раной.

18/VI. Больная вновь принята съ изгнавшимся рубцемъ.

3/VII. Подъ хлороформинымъ наркозомъ рубецъ поверхностно иссѣченъ и наложенъ 3-хъ этажный поверхностный шовъ: мышечный, апоневротическій и кожный. Заживленіе первичнымъ натяженіемъ.

№ 32. *Марія Петр.*, мѣщ., жен., 31 г. Поступила 12-го апрѣля 1896 г., выписалась 13 іюня.

Anamn. Заболѣла 3-го апрѣля болью въ животѣ. Боли появились внезапно.

St. praes. Больная крѣпкаго тѣлосложенія и хорошаго питанія. Кнутри отъ sp. ant. sup. прощупывается опухоль колбасовидной формы, идущая книзу пальца на два ниже spinae, а кверху и кнаружи уходящая въ глубину къ области почки. Брюшные покровы надъ опухолью не измѣнены, перкуторный тонъ притупленно-тимпаническій. Опухоль величиною въ кулакъ. Гинекологическое изслѣдованіе кромѣ небольшого эндометрита ничего особеннаго не обнаруживаетъ. t° 39,5. Ord.: ледъ.

13/IV. t° утр. 37,6. Боли наростаютъ, въ остальномъ никакихъ перемѣнъ.

Подъ хлороформинымъ наркозомъ сдѣланъ (М. М. Крюковымъ) разрѣзъ въ 10 стм. длиною на два поперечныхъ пальца кнутри отъ sp. ant. sup. dext. По рассѣченіи мышечныхъ слоевъ была вскрыта брюшина на протяженіи двухъ сант., брюшная полость оказалась свободной, къ разрѣзу предлежала слѣпая кишка. Въ свободную брюшную полость введены отграничивающіе тампоны, послѣ чего слѣпая кишка тупо отдѣлена и оттѣснена кнутри. Подъ нею найденъ гнойничекъ слѣпая кишка тупо отдѣлена и оттѣснена кнутри. Подъ нею найденъ гнойникъ съ вишневымъ гноемъ и величиною въ кулакъ. Полость гнойника имѣла карманъ кзади, гдѣ и сдѣлано противоотверстіе. Тампонада. Сухая асептическая повязка. t° веч. 37,0.

Послѣопераціонное теченіе гладкое, t° нормальная, исключая одного дня (20/V), когда она поднялась до 39° вслѣдствіе инфлюэнцы. Перевязки черезъ 3—4 дня.

12/VI. Больная выписалась съ зажившей раной.

№ 33. *Елизавета Вл.*, мѣщ., замуж., 38 лѣтъ. Поступила въ больницу 16 іюня 1896 г., выписалась 28 іюля.

Anamn. Въ концѣ марта больная родила. Роды протекли нормально. Въ маѣ у нея заболѣла грудь, появился жаръ и кашель. 17-го мая больная поступила въ Александровскую барачную больницу, гдѣ распознано воспаленіе легкихъ. Въ скоромъ времени у больной появились сильныя боли и опухоль въ правой подвздошно-паховой области и два дня тому назадъ стало больно разгибать ногу въ тазобедренномъ суставѣ. Такія же боли (припадки) были у больной года 2 назадъ и продолжались 2 недѣли.

St. praes. Больная небольшого роста, плохого сложенія и питанія. Кожа и слизистыя оболочки очень блѣдны. Языкъ густо обложенъ и сухъ. Правая нога слегка согнута въ тазобедренномъ суставѣ, разгибаніе болѣзненно. Въ правой подвздошной области надъ Пупартовой связкой прощупывается напряженная опухоль, дающая тупой тонъ. Животъ немного вздутъ, но безболѣзненъ, исключая мѣста опухоли. Моча содержитъ бѣлокъ. Per vag.: матка in retrovers., чувствительна. Экссудата въ тазу нѣтъ, но правый сводъ очень болѣзненъ и на правой тазовой стѣнкѣ прощупывается пучекъ лимфатическихъ сосудовъ. t° веч. 39,0. Ord.: компрессъ на животъ.

t° 17/VI. утр. 38,4, веч. 38,5.

18/VI. t° утр. 37,5. Подъ кокаиномъ (0,06) произведена операція (д-ромъ Ив. Ив. Грековымъ). Косой разрѣзъ для перитифлита въ 10 стм. длиною. Брюшина отодвинута кнутри и такимъ образомъ вскрыта больная полость, наполненная вонючимъ гноемъ. Полость состоитъ изъ нѣсколькихъ кармановъ. Тампонада. Сухая повязка. t° веч. 37,8.

19/VI. t° утр. 37,3. Больная чувствуетъ себя лучше. Боли въ правой подвздошной области уменьшились. t° веч. 37,5.

Въ дальнѣйшемъ теченіи перевязка производилась черезъ 2—3 дня. Стулъ

часто былъ задержанъ, а иногда появлялся поносъ, t° почти все время оставалась подлихорадочной, а иногда поднималась до 39,0—38,9, хотя задержки или затековъ гноя не обнаруживалось.

28/VII. Больная выписана для амбулаторнаго леченія съ почти зажившей раной и при общемъ хорошемъ состояніи.

№ 34. *Марія Фил.*, замуж., 43 л. Поступила въ больницу 7 іюля 1896 г.; выписалась 20 октября.

Anamn. Больна 4 недѣли: сначала была боль въ правой подвздошной области, затѣмъ появилась здѣсь припухлость и боль при мочеиспусканіи. Со стороны желудочно-кишечнаго канала никакихъ разстройствъ.

St. praes. Въ правой подвздошной области надъ Пупартовой связкой прощупывается весьма болѣзненная опухоль, дающая зыбленіе и распространяющаяся отъ sp. ant. sup. до надлобковой области. Кожа надъ опухолью слегка покраснѣла. Движенія правой нижней конечности свободны.

8/VII подъ бромъэтиловымъ наркозомъ сдѣланъ (д-ромъ Я. Б. Зельдовичемъ) разрѣзъ черезъ брюшные покровы, при чемъ вытекло большое количество очень вонючаго гноя. На днѣ раны оказалось отверстіе, ведущее въ fossa iliaca. Вся полость затампонирована асептической марлей. Сухая асептическая повязка.

Послѣ операціи t° была нормальная, изрѣдка поднимаясь до 38,0—38,5. Перевязки производились черезъ день.

20/X. Больная выписалась съ небольшой, чистой и хорошо рубцующейся раной.

№ 35. *Анна Прок.*, крест., вдов., 43 лѣтъ. Поступила въ больницу 20-го іюля 1896 г., выписалась 24-го сентября.

Anamn. 5-го іюля появилась боль подъ ложечкой, больная приняла слабительное, послѣ чего вскорѣ появились боли въ правой половинѣ живота. Все время до поступленія въ больницу лечилась, но безъ успѣха. Стулъ не былъ задержанъ. Рожала 7 разъ. 2 года уже climax.

St. praes. Больная средняго роста и удовлетворительнаго питанія. Лице блѣдное. Языкъ чистый. Животъ не вздутъ, болѣзненъ въ подвздошно-слѣпой области, гдѣ ощупывается продолговатая твердая опухоль. Печень выстоитъ изъ за края реберъ на 2—3 пальца. Селезенка перкуторно увеличена, но не прощупывается. Границы сердца нормальны, тоны чисты. Кашля нѣтъ. t° веч. 39,5. Ord.: опій и ледъ.

21/VII. t° утр. 38,4. Пульсъ 72, слабоватый. Самочувствіе довольно хорошее. Стула не было. Отъ порошковъ опія рвало. Опухоль въ правой подвздошной области, какъ будто, уменьшилась и не такъ болѣзненна. t° веч. 38,9.

22/VII. t° утр. 38,5. Сдѣлана операція (Г. Ф. Цейдлеромъ). Разрѣзъ обычный для перитифлита. Ограниченный большихъ размѣровъ гнойникъ въ подвздошной ямкѣ вскрытъ внѣбрюшинно. Тампонада, асептическая сухая повязка. t° веч. 36,9.

23/VII и 24/VII t° нормальная.

25/VII. t° утр. 36,7. Перевязка: признака раздраженія брюшины нѣтъ. Рана очищается.

Отъ 24/VII до 24/IX t° все время оставалась нормальной. Только разъ 1/IX t° вечеромъ поднялась до 39,0 съ ознобомъ и головной болью, но на слѣдующій день упала до нормы. Рана заживала довольно медленно.

24/IX. Больная выписана съ небольшой грануляціонной поверхностью.

№ 36. *Татьяна Сер.*, замуж., 24 лѣтъ. Поступила въ больницу вечеромъ 3-го августа 1896 г. *Умерла* 5-го августа въ 4 ч. дня.

Anamn. За нѣсколько дней до поступленія начались боли живота въ правой подвздошной области, перешедшія затѣмъ на весь животъ. Рвота и задержка стула.

St. praes. Больная правильнаго тѣлосложенія и плохого питанія. Животъ слегка вздутъ, черезъ брюшныя стѣнки видна усиленная перистальтика кишекъ. Животъ болѣзненъ при ощупываніи, особенно въ правой подвздошной области, гдѣ опредѣляется инфильтратъ и получается притупленный перкуторный тонъ. Больная слаба. Пульсъ плохого наполненія. Постоянная рвота. t° 37,0. Ord.: опій и ледъ.

3/III. t° утр. 37,7. Болѣзненность живота, особенно справа очень сильная. Все время продолжается рвота. Стула не было, вѣтры не отходятъ. Больная слаба.

Подъ наркозомъ хлороформомъ (45,0) произведена нами лапаротомія. Разрѣзъ брюшной стѣнки по линіи, параллельной правой Пупартовой связкѣ на два поперечныхъ пальца выше ея. При разрѣзѣ брюшины была вскрыта плотно приклеившаяся къ ней слѣпая кишка, откуда вытекло довольно большое количество мутной, схожей съ жидкимъ гноемъ жидкости. Червеобразный отростокъ оказался совершенно разрушеннымъ. Подъ слѣпой кишкой, по разрывѣ склеекъ съ передней стѣнкой брюшины, вскрытъ большой гнойникъ, идущій далеко въ полость брюшины (общій перитонитъ). Гной такого же вида, какъ и опорожненный изъ слѣпой кишки, съ которой гнойникъ брюшной полости, видимо, сообщался. Раны слѣпой кишки на мѣстѣ порѣза и на мѣстѣ отхожденія червеобразнаго отростка зашиты Czerny-Lembert'овскимъ швомъ. Асептическіе тампоны, какъ подъ слѣпую кишку, такъ и во всѣ стороны брюшной полости. Сухая асептическая повязка.

Больная послѣ операціи очень слаба. Пульсъ нитевидный и очень частый (140). t. веч. 37,8.

5/VIII. t° утр. 37,3. Рвота сегодня прекратилась. Животъ вздутъ. Больная очень слаба. Пульсъ не считается. Въ 4 ч. дня *Exitus*.

6/VIII. *Sectio partialis*. Вскрыта только брюшная полость. Вокругъ слѣпой кишки и восходящей толстой довольно плотныя склейки, которыми прилежащія петли тонкихъ кишекъ спаяны со слѣпой и восходящей толстой кишкой и также

между собою. По всей брюшной полости жидкій гной и инъекція брюшины. На слѣпой кишкѣ, на наружномъ ея сегментѣ и на мѣстѣ отхожденія червеобразнаго отростка шовъ. Внутренніе половые органы безъ измѣненія.

Diagn. anat. Perityphlitis et peritonitis chron. fibros. et peritonitis ac. purulenta.

№ 37. *Дарья П.*, кр., замуж., 39-ти лѣтъ. Поступила въ больницу 13-го августа 1896 г., выписалась 17-го октября. Въ исторіи болѣзни отмѣчено:

Больна около недѣли. Кормитъ ребенка. Въ правой подвздошной области надъ наружной частью правой Пупартовой связкой имѣется болѣзная плотная опухоль, болѣзненная при давленіи. Стула нѣсколько дней не было, дана была касторка.

t° 13/VIII веч. 37,6, 14/VIII утр. 37,8, веч. 39,0, 15/VIII t° утр. 37,4 веч. 39,2, 16/VIII t° утр. 37,5 веч. 39,6.

Больная вначалѣ отказывалась отъ операціи и согласилась только 17/VIII. Обычный разрѣзъ для перитифлита (Я. Б. Зельдовичъ).

Перевязка черезъ 3—4 дня. Стулъ вымывался клизмами.

17/IX больная выписана съ совершенно зажившей раной.

№ 38. *Юлія Сер.*, мѣщ., дѣв., 15-ти лѣтъ. Поступила въ больницу 6-го сентября 1896 года, выписалась 20-го ноября.

Anamn. Заболѣла 10 дней тому назадъ болью въ животѣ, рвотой и задержкой испражненія. Послѣ слабительнаго появился поносъ, рвота и боль въ животѣ продолжались. До тѣхъ поръ была здорова.

St. praes. Лицо немного осунулось. Животъ мало вздутъ. Въ правой подвздошной области ясное притупленіе перкуторнаго звука и значительный инфильтратъ. Здѣсь же рѣзкая болѣзненность. Остальная часть живота почти безболѣзненна. Рвота. t° 39,0. Ord.: опій и ледъ.

7/IX. t° утр. 38,1. Инфильтратъ въ правой подвздошной области очень болѣзненъ при ощупываніи. Рвота и тошнота продолжаются. Стулъ былъ.

Подъ хлороформнымъ наркозомъ произведена операція (Г. Ф. Цейлеромъ). Разрѣзъ обычный для перитифлитовъ. Вскрыть больныхъ размѣровъ гнойникъ, раздѣленный, склейками на отдѣльныя полости, сращеніи же отграничиваютъ гнойникъ отъ свободной брюшной полости. Среди сращеній отыскалъ proc. vermicularis верхушки его нѣтъ. Ампутація у основанія. Швы. Тампонада гнойника Поверхъ асептическая повязка. t° вечъ. 38,0.

Въ послѣопераціонномъ теченіи первые дни t° держалась повышенной до 38,1°—38,3°, а затѣмъ спустилась до дормы.

16/IX при перевязкѣ обнаруженъ каловой свищъ на слѣпой кишкѣ у мѣста отхожденія червеобразнаго отростка, гдѣ уже во время операціи было замѣчено мѣсто, подозрительное относительно гангрены.

Спустя 2 недѣли свищъ закрылся произвольно.

Къ 14/XI все зажило, а 21/XI больная выписалась.

Спустя 4 дня послѣ выписки въ рубцѣ вновь открылся каловой свищъ.

Черезъ годъ (5/X 97) больная опять поступила въ больницу съ каловымъ свищемъ и съ грижей на мѣстѣ рубца. Изъ свища довольно значительное выпаденіе слизистой оболочки.

8/X 1897 подъ хлороформнымъ наркозомъ свищъ закрытъ: вдоль обоихъ краевъ рубца проведено по разрѣзу, кожа отсепарована, при чемъ въ одномъ мѣстѣ вскрыта брюшина, крѣпко сплавная съ рубцевою тканью. Сальникъ на всемъ протяженіи операціоннаго поля сросся съ утолщенной брюшиной. По удаленіи наружной поверхности рубца приступлено къ закрытію самого свища. Края слизистой освѣжены, завороченны внутрь и закрыты 5-ю кишечными швами. Затѣмъ по окружности закрытаго свища рубцевая ткань расщеплена круговымъ разрѣзомъ на разстояніи 3 mm. и по уменьшеніи такимъ образомъ натяженія края стянуты 7-ю швами. Свищъ, слѣдовательно, закрытъ 2-хъ этажнымъ швомъ. Поверхъ же края раны стянуты двухъ-этажнымъ швомъ: общій шовъ на мышцы и апоневрозъ и шовъ на кожу и такимъ образомъ устранена грыжа. Къ мѣстонахожденію свища проведенъ небольшой тампонъ.

На четвертый день снята часть швовъ, а на 8-ой—остальные. Ранка же на мѣстѣ тампона зажила черезъ 18 дней.

Больная выписана черезъ мѣсяцъ послѣ операціи съ линейнымъ рубцемъ, безъ слѣда грыжи и при правильныхъ кишечныхъ отправленіяхъ.

№ 39. *Дарья Лип.*, крест., замуж., 24 лѣтъ. Поступила въ больницу 13-го сентября 1896 г., выписалась 20-го декабря.

Anamn. Заболѣла около 1 недѣли тому назадъ: внезапно появились боли въ животѣ и рвота. Раньше всегда была здорова, подобныхъ приступовъ никогда не было.

St praes. Большая хорошаго сложенія и питанія. Животъ не вздутъ, болѣзненъ только надъ правой Пупартовой связкой, гдѣ прощупывается инфильтратъ, спускающійся въ малый тазъ. Per vaginam справа, и кзади и выше отъ матки, которая подвижна, прощупывается тотъ же инфильтратъ. Рвоты теперь уже нѣтъ. t° 38,9. Ord.: опій и компрессъ на животъ.

14/IX. t° утр. 38,5. Стулъ былъ, въ остальномъ безъ перемѣнъ.

Подъ хлороформнымъ наркозомъ сдѣлана операція (Г. Ф. Цейлеромъ). Разрѣзъ брюшныхъ покроволъ обычный для перитифлитовъ По вскрытіи брюшины оказалось, что прилежащая часть брюшной полости здорова. Ограничивъ здоровую брюшную полость асептическими тампонами, вскрыли гнойникъ, лежавшій подъ слѣпой кишкой и почти въ маломъ тазу. Отыскать червеобразный отростокъ среди сращеній не удалось. Гнойникъ затампонированъ; поверхъ сухая асептическая повязка. t° вечъ. 38,1.

Въ послѣопераціонномъ періодѣ происходили иногда задержки гноя и t° тогда поднималась до 38° и даже до 39,8°. Въ остальномъ послѣопераціонное теченіе безъ осложненій.

26/XI. Рана зажила, но больная оставалась въ больницѣ до 20/XII изъ-за болей въ нижней части живота и крестца. Гинекологическимъ изслѣдованіемъ опредѣлялся хроническій метритъ и периметритъ. Отъ ваннъ и массажа живота наступило улучшеніе.

№ 40. *Анна Аб.*, кр., вд., 45 лѣтъ. Поступила въ больницу 26-го ноября 1896 года. *Умерла* 3-го декабря въ 8 ч. вечера.

Anamn. 25-го ноября внезапно появились боли въ животѣ и рвота (разъ до 10); стулъ былъ нормальный. 26-го боли живота сосредоточились главнымъ образомъ внизу живота; до поступленія въ больницу рвота была 2 раза; слабило 2 раза послѣ слабительнаго. 26-го же показались необильныя кровянистыя выдѣленія на 1—1½ недѣли раньше срока. *Menses* на 18-мъ году, черезъ мѣсяцъ по 3—4 дня, необильныя. *Рожала* 6 разъ въ срокъ и живыхъ: 1-ый разъ на 19-мъ году, послѣдній—10 лѣтъ назадъ. *Не выкидывала.*

St. praes. Больная немного анэмична, вся дрожитъ отъ болей; легкій ціанозъ губъ, холодныя конечности. Животъ очень напряженъ, не вздутъ, болѣзненъ всюду, но болѣе внизу и справа. Per vaginam: небольшія кровянистыя выдѣленія, увеличенная, сочная шейка; контуры матки не опредѣляются вслѣдствіе сильнаго напряженія живота, своды тѣстоваты, правый болѣе болѣзненъ, чѣмъ лѣвый. t° 38,4. Пульсъ 96. Ord.: опій, морфій и ледъ.

27/XI. t° утр. 37,4. Подъ хлороформнымъ наркозомъ произведена (Г. Ф. Цейдлеромъ) лапаротомія. Разрѣзъ брюшной стѣнки справа, обычный для перитифлита. Въ брюшной полости обильный гнойный эксудатъ, срощеній нѣтъ (перитонитъ разлитой по всей брюшной полости). Слѣва надъ Пупартовой связкой сдѣланъ второй разрѣзъ—тотъ же эксудатъ. Въ маломъ тазу около матки легкія склейки. Червеобразный отростокъ дугообразно изогнутъ, почти въ мизинецъ толщиною и 9—10 стм. длиною, темно-краснаго цвѣта. Посрединѣ гангренозно измѣненъ, но не во всю периферію, имѣются 2 прободныхъ отверстія, оба очень маленькія: въ булавочную головку; 1-ое находится на разстояніи 2 стм отъ верхушки, а второе—на 3 стм. отъ перваго, оба на стѣнкѣ, противоположной мѣсту прикрѣпленія брыжжейки. По разрѣзѣ оказывается, что центральный конецъ на протяженіи 1 стм. почти совершенно облитерированъ; остальная же часть просвѣта представляется равномѣрно расширенной, наполненной грязноватымъ вонючимъ густымъ содержимымъ съ примѣсью каловыхъ крошекъ. Слизистая почти по всему протяженію гангренесцирована; соотвѣтственно первому прободному отверстію лежитъ небольшой, довольно мягкій каловой конкрементъ. Ампутація червеобразнаго отростка около слѣпой кишки, швы на культю. Во всѣ стороны брюшной полости введены асептическіе тампоны. Поверхъ асептическая повязка. t° веч. 37,7.

28/XI. t° утр. 36,5. Послѣ наркоза рвота продолжается. Животъ вздутъ. Стула не было. Вѣтры не отходятъ. t° веч. 36,6. Clysma.

29/XI. t° утр. 36,4. Рвота продолжается. Вздутіе живота увеличивается. Стула не было. Вѣтры не отходятъ. Легкій icterus. t° веч. 37,1. Clysma.

30/XI. t° утр. 36,0. Больная слаба. Сильное вздутіе живота. задержка стула и вѣтровъ продолжается. t° веч. 36,4. Clysma.

1/XII. t° 36,0. Пульсъ частый, весьма малаго наполненія. Полная задержка испражненій и газовъ. Животъ вздутъ до чрезвычайности, но безболѣзненный. Перевязка: тампоны перемѣнены, они совершенно сухи, эксудата въ брюшной полости нѣтъ; преобладаютъ явленія паралича кишекъ. Сдѣланы пункціи тонкой иглой кишекъ въ обѣихъ ранахъ и поперечной толстой кишки въ подложечной области черезъ брюшную стѣнку. Выдѣлилось много газовъ. Животъ сталъ значительно мягче. Icterus держится. Общее состояніе плохое. t° веч. 36,4. Clysma.

2/XII. t° утр. 36,0. Рвота продолжается. Стула не было. Животъ вздутъ. Больная слаба. t° веч. 36,5.

3/XII. t° утр. 36,0. Пульса нѣтъ. Полный упадокъ силъ. Животъ вздутъ. Рвота. t° въ 5 ч. веч. 36,3. Въ 8 ч. веч. *Exitus.*

4/XII. Вскрытіе.

Diagn. anat. Degener. parenchym. musc. cord., hepatis et renum. Hyperaemia venos. pulmonum. Atrophia lienis. Hepatitis interstit. chron. parv. grd. Oesophagitis ac. fibrinosa. Gastritis catarrh. chron. *Haemorrhagiae mucosae ventriculi.* Vulnera abdom. post laparotomiam. *Peritonitis purulenta ac. Appendicitis perforativa.*

№ 41 см. выше.

№ 42. *Вѣра Ск.*, вд. свящ., 51 года. Поступила въ больницу 1-го января 1897 года, выписалась 27-го февраля.

Anamn. 13-го декабря 1896 года ночью появились сильныя спазмотическія боли живота, главнымъ образомъ въ области слѣпой кишки. До этого больная не имѣла 7 дней стула. Больной было дано около 3 ложекъ костороваго масла и было поставлено около 5 различныхъ клизмъ (съ масломъ, съ мыломъ, съ солью), послѣ чего больную начало понемногу слабить, а затѣмъ развились частые позывы на низъ съ болью, но выходила одна слизь, послѣ чего больной были прописаны препараты съ опіемъ. Тенезмы продолжались до 26-го декабря, когда больной были прописаны каломель съ висмутомъ и опіемъ и суппозиторіи съ морфіемъ, послѣ чего тенезмы прекратились и стула не было до 30-го декабря, но боли (рѣжущія) живота значительно усилились и, начиная снизу живота, распространялись по всему животу, отдавая въ крестецъ и поясницу. Больной опять были прописаны клизмы съ глицериномъ и съ масломъ (5 клизмъ), которыя, однако, остались безъ дѣйствія, почему дано было слабительное, отъ котораго обильно прослабило. За день до поступленія въ больницу (31 дек.) и въ день поступленія (1 янв.) былъ стулъ. Около двухъ недѣль, какъ начала болѣть слизистая оболочка рта и, будто бы, по словамъ больной, еще до пріема каломеля.

Подобные же припадки были съ больной за годъ передъ настоящей болѣзнію и продолжались около 1½ недѣль. Больная давно уже страдаетъ запорами. Рожала 4 раза: 1-ые роды со щипцами, въ остальные роды извлекали послѣдъ. Послѣдніе роды 18 лѣтъ тому назадъ. Послѣ 3-ихъ родовъ больная носила пессаріи. Опущеніемъ задней стѣнки рукава страдаетъ съ годъ.

St. praes. Больная средняго роста, правильнаго тѣлосложенія съ хорошо развитой подкожной жировой клѣтчаткой. Слизистая оболочка края языка, щекъ и десенъ покрыта въ видѣ точекъ бѣлымъ плотносидящимъ налетомъ съ легкими изъязвленіями вокругъ. Язвочки болѣзнены при пріемѣ теплыхъ жидкостей (stomatitis mercurialis). Со стороны легкихъ никакихъ уклоненій отъ нормы не замѣчается. Тоны сердца глухи, но часты. Пульсъ крѣпкій, 78. Животъ мягкій, равномѣрно и умѣренно вздутъ. Стѣнки живота толстыя, striae gravidarum. При ощупываніи животъ болѣзненъ внизу надъ лобкомъ и въ подвздошно-слѣпой области, въ послѣдней прощупывается плотный неподвижный инфильтратъ, имѣющій колбасовидную форму и идущій параллельно Пупартовой связкѣ въ полость таза. Инфильтратъ занимаетъ всю подвздошную ямку отъ crista ilei почти до срединной линіи, утолщаясь внизу надъ лобкомъ, но область непосредственно прилегающая къ spina ant. sup. ilei. свободна отъ инфильтрата, такъ что здѣсь получается полоса (въ 2—3 стм. шириною) тимпаническаго тона, идущая по протяженію всей длины инфильтрата. Не смотря на свою довольно значительную величину инфильтратъ на глазъ не замѣтенъ черезъ толстыя брюшныя стѣнки, черезъ которыя не удается также получить зыбленія. При давленіи инфильтратъ очень болѣзненъ. Per vaginam: черезъ задній сводъ инфильтратъ ощупывается, конфигурація же матки не опредѣляется, задняя стѣнка рукава опущена съ небольшимъ выпаденіемъ ея наружу. Больная жалуется на отрыжку, икоту и сильное урчаніе въ животѣ съ частымъ отхожденіемъ вѣтровъ (послѣднее началось только сегодня). Утромъ немного прослабило t° 36,8. Ord.: опій и ледъ.

2/I. t° утр. 37,0. Вздутіе живота увеличилось. Инфильтратъ безъ измѣненія.

Подъ хлороформнымъ наркозомъ (40,0) произведена нами боковая лапаротомія. Разрѣзъ въ 15 стм. длиною по ходу волоконъ сухожильнаго растяженія наружной брюшной мышцы на разстояніи 3 стм. отъ sp. ilei dext. Мышцы живота дряблы, блѣдны и отечны. Вскрыта брюшная полость. Въ верхнемъ концѣ разрѣза на высотѣ sp. ant. sup. брюшная полость свободна отъ склеекъ и кишки прилежатъ къ брюшинѣ. Здѣсь введены во всѣ стороны въ брюшную полость отграничивающіе тампоны изъ стерилизованной марли. Въ нижнемъ углу раны брюшина спаяна съ прилежащими петлями кишекъ. По разрывѣ склеекъ показался густой тягучій гной съ желтоватой окраской. Гноя вытекло около 4—5 столовыхъ ложекъ. Гнойная полость, лежащая кнутри отъ разрѣза между склеевшимися петлями кишекъ неправильной формы съ нѣсколькими узкими карманами. Червеобразный отростокъ не доступенъ для осмотра, но прощупывается пальцемъ и оказывается плотно спаяннымъ въ глубинѣ. Въ гнойную полость введены отдѣльные асептическіе тампоны; поверхъ сухая асептическая повязка. t° веч. 36,7.

3/I. t° утр. 37,0. Самочувствіе больной удовлетворительно. Пульсъ 66. Языкъ чистый и влажный Небольшая отрыжка. Болѣзненность живота въ области раны. Рвоты послѣ наркоза не было. t° утр. 37,0.

4/I. t° утр. 37,0. Пульсъ хорошій. Самочувствіе больной удовлетворительно. Отрыжка еще держится. Былъ стулъ. Повязка промокла. Перевязка: перемѣнены только верхніе слои, тампоны же оставлены безъ перемѣны. t° веч. 36,7.

5/I. t° утр. 36,6. Животъ мягкій, болѣзненъ только въ области раны. Отрыжка почти прекратилась. Больная жалуется на усиленную перистальтику, но газы отходятъ мало. Стула не было. t° веч. 37,2.

6/I. t° утр. 36,5. Повязка промокла. Перевязка: тампоны смѣнены. Изъ глубины полости выдѣляется слизистая жидкость съ каловой окраской. Стула не было. t° веч. 37,2.

Слѣдующіе дни t° нормальная.

12/I. t° утр. 37,0. Перевязка: свободная брюшная полость, куда были введены отграничивающіе тампоны, почти вся выполнилась до уровня разрѣза, такъ что туда теперь тампоны не вводятся. Гнойная полость (къ червеобразному отростку) значительно уменьшилась, а также и уменьшилось выдѣленіе *кала*, который только окрашиваетъ отдѣляемое. t° веч. 37,0.

Слѣдующіе дни t° нормальная, самочувствіе хорошее.

18/I. t° утр. 36,5. Перевязка: опять начало выдѣляться много желтой слизистой каловой жидкости. t° веч. 37,0.

19/I и 20/I. t° нормальная.

21/I. t° утр. 36,2. Перевязка: примѣси кала совсѣмъ нѣтъ. Выдѣленія раны не обильны. Полость между кишками выполняется. t° веч. 37,3.

Отъ 22/I до 4/II t° нормальная. Раны быстро выполнялись. 25/I и 28/I перевязки; послѣдніе 4 дня повязка клалась влажная, согрѣвающая.

5/II. t° утр. 36,6. Подъ наркозомъ хлороформомъ (75,0) наложены *нами* вторичные швы. Рана въ большей своей части уже зарубцевалась. Рубецъ изсѣченъ, но не во всю толщу, а въ видѣ поверхностнаго слоя. Края мышцъ обнажены по всему протяженію первоначальнаго разрѣза. Въ центральной части вскрыта брюшная полость на протяженіи 3 стм., здѣсь прямо къ рубцу прилежала слѣпая кишка, плотно припаявшаяся къ краямъ. Наложены швы на брюшину и послойно на мышцы и кожу. Къ мѣсту вскрытой брюшины проведенъ тампонъ изъ асептической марли. Сухая асептическая повязка. t° веч. 37,0.

Послѣопераціонное теченіе гладкое.

13/II. t° утр. 37,2. Перевязка: швы сняты. Prima intentio. Въ срединѣ рубца довольно порядочное уплотненіе. t° веч. 36,4.

27/п. Больная выписана, какъ вполнѣ оправившаяся. На мѣстѣ разрѣза линейный рубецъ. При употребленіи брюшного пресса никакого расхожденія мышцъ и выпаденія внутренностей на мѣстѣ раны. Отёчное уплотненіе рубца вскорѣ исчезло. Въ послѣдніе дни появился отекъ правой стопы, который остался и ко дню выписки. Стулъ былъ нормальный и ежедневный, иногда раза по три въ сутки.

№ 43. *Екатерина Дм.*, кресть., дѣвица, 19 лѣтъ. Поступила 10-го января 1897 года, выписалась 15-го апрѣля.

Anamn. 3 года тому назадъ больная перенесла воспаленіе легкихъ; до и послѣ этого ничѣмъ не болѣла. Отправленіе кишечника всегда было нормальное. Регулы появились на 18-мъ году, черезъ 3—4 недѣли по 2—3 дня. За 5 дней до поступленія въ больницу появился поносъ до 20 разъ въ сутки. Больную тошнило и познабливало. На 3-й день больная приняла касторки, послѣ которой прослабило и поносъ смѣнился запоромъ, мѣшетъ съ которымъ появились схваткообразныя сильныя боли въ подвздошно-слѣпой области. Съ того же времени прекратилось отхожденіе газовъ.

St. praes. Больная средняго роста, правильнаго тѣлосложенія и удовлетворительнаго питанія. Языкъ влажный, слегка обложенъ. Со стороны легкихъ и сердца никакихъ уклоненій отъ нормы нѣтъ. Пульсъ полный и крѣпкій, 105. Животъ симетричный, умѣренно вздутъ, по преимуществу въ нижней половинѣ. Уже легкое ощупываніе живота болѣзненно, особенно вправо и книзу отъ пупка. Въ обѣихъ подвздошно-паховыхъ областяхъ болѣзненность, не особенно сильная. Въ правой половинѣ живота прощупывается уплотненіе, идущее почти до средняной линіи, гдѣ болѣзненность достигаетъ сильнѣйшей степени (область наибольшей болѣзненности, начинаясь на уровнѣ пупка, ясно выражена на правой сторонѣ живота, въ видѣ полосы, идущей косо сверху и снаружи, внутрь и книзу). Брюшныя стѣнки напряжены. Мочится сама не можетъ. Катетеръ. t° 38,0. Ord.: Опій и ледъ.

11/г. t° утр. 37,0. Болѣзненность всего живота и особенно справа увеличилась. Ни стула, ни отхожденія газовъ не было. Мочилась сама. Общее состояніе удовлетворительно. Языкъ влажный, слегка обложенъ. Отъ предложенной операціи больная отказывается. t° веч. 38,3.

12/г. t° утр. Вздутіе живота въ верхней половинѣ больше. Болѣзненность также увеличилась. Вправо отъ пупка инфильтратъ прощупывается ясно, перкуторный тонъ надъ инфильтратомъ едва притупленъ. Кнаружи отъ инфильтрата, между нимъ и sp. ant., подвздошная ямка свободна отъ инфильтрата. Мочи 60 куб. сятм., слабо-кислой реакціи, съ большимъ осадкомъ солей, удѣл. вѣса 1,025; бѣлка нѣтъ.

Подъ наркозомъ хлороформомъ (37,0) произведена нами лапаротомія и ампутація червеобразнаго отростка. Послойной разрѣзъ брюшной стѣнки, немного

кнутри отъ наружнаго края правой прямой мышцы (m. abd. rectus), задняя стѣнка влагалища послѣдней отечна и спаяна съ поперечной фасціей и брюшиной вплотную; по разрѣзѣ ихъ показался бѣлый густой гной. Введеннымъ черезъ разрѣзъ пальцемъ констатируется узкая гнойная полость, идущая далеко вверхъ и внизъ между петлями тонкихъ кишекъ. Разрѣзъ брюшной стѣнки расширенъ вверхъ и внизъ, такъ что длина его въ 15 сятм. Вверхъ идетъ карманъ между петлями кишекъ почти до реберной края, а внизъ до малаго таза. Петли кишекъ спаяны нѣжными спайками, отграничивающими гнойникъ отъ свободной брюшной полости. По разведеніи петель кишекъ на дно полости обнаруженъ длинный и раздутый червеобразный отростокъ, идущій почти вертикально вверхъ кнутри отъ слѣпой кишки. Червеобразный отростокъ ампутированъ почти у самаго основанія: проведенъ круговой разрѣзъ черезъ серозный покровъ, который тупо отдѣленъ по направленію къ основанію въ видѣ манжетки, затѣмъ отростокъ перевязанъ крѣпкой лигатурой и отрѣзанъ. Отсепарованный серозный покровъ закрытъ надъ культею тремя желковыми швами. Предварительно была перевязана лигатурой и перерѣзана брыжейка червеобразнаго отростка. Дугообразно изогнутый червеобразный отростокъ толщиною въ мизинецъ и длиною въ 12 сятм. Свободный конецъ на протяженіи 4—5 сятм. колбообразно вздутъ, а стѣнки его очень тѣзки. Вблизи мѣста перехода въ нерасширенную часть (на 3 сятм. отъ свободнаго конца) имѣется широкое прободное отверстіе, лежащее у самаго мѣста прикрѣпленія брыжейки. Почти по среднимъ отростка прощупывается твердое тѣло, оказавшееся по вскрытіи отростка каловымъ камнемъ. Ниже камня въ толщѣ стѣнки отростка имѣлся второй, еще не вскрывшійся гнойникъ, въ небольшой мѣсной орѣхъ величиною. Просвѣтъ отростка вблизи его основанія значительно сужень на протяженіи 1 сятм., въ остальной части неравномѣрно расширенъ. Кромѣ упомянутаго колбовидного вздутія свободнаго конца имѣлось еще значительное вздутіе передъ сужденіемъ у основанія. Слизистая инъецирована, разрыхлена, частью изъязвлена. Содержимое гнилое, вонючее, съ примѣсью кала. Во всѣ карманы гнойной полости введены отсасывающіе тампоны изъ стерилизованной марли. Поверхъ сухая асептическая повязка. t° веч. 37,4.

13/г. t° утр. 36,8. Больная чувствуетъ себя плохо. Сильныя схваткообразныя боли живота; тошнота, вечеромъ разъ вырвало. Пульсъ 86, плохого наполненія. Дыханіе 27. Животъ вздутъ, при ощупываніи не особенно болѣзненъ. Языкъ влажный, обложенный. Ночью появились регулы. Въ мочѣ, собранной катетромъ отдѣльными порціями черезъ каждые 2 часа, не обнаружено присутствія бѣлка. t° веч. 36,5.

14/г. t° 36,9. Пульсъ удовл., 84. Дыханіе 27. Вчера нѣсколько разъ рвало. Послѣ клизмы нѣсколько разъ довольно обильно прослабило. Сегодня частая болѣзненная икота и позывы къ рвотѣ. Языкъ влажный, обложенный. Животъ вздутъ, особенно въ верхней части и болѣзненъ при ощупываніи. *Сдѣлано про-*

мываніе желудка, причемъ удалено 400 куб. сятм. ацидно-грязной жидкости. Послѣ промыванія вздутіе верхней части живота рѣзко уменьшилось. t° веч. 37,0.

15/I. t° утр. 36,9. Пульсъ 87. Дыханіе 27. Вскорѣ послѣ промыванія наступило въ общемъ состояніи замѣтное улучшеніе: тошнота, позывы къ рвотѣ, икота прекратились, больная стала дышать свободнѣе: «вздохъ легче сталъ». Послѣ инъекціи морфія хорошо спала. Языкъ влажный. Животъ менѣе вздутъ и менѣе болѣзненъ. Спазмотическія боли еще держатся, но появляются рѣже (въ пупочной области). Стулъ не былъ.

Послѣдующіе дни теченіе гладкое. Полость постепенно выполнялась. Стулъ былъ задержанъ, иногда запоръ сиѣнился поносомъ. Перевязка черезъ 2—3 дня.

8/I. t° утр. 36,6. Вчера съ 10 час. вечера появились коликообразныя боли въ животѣ и поносницѣ,—сопровождавшіяся холодными потомъ. Послѣ пріема порошка морфія вырвало. Боли держались всю ночь и еще держатся теперь. Животъ мягкій, не вздутый и на ощупь безболѣзненный. Языкъ влажный, слегка обложенъ. Вчера вечеромъ и сегодня утромъ были стулъ. Пульсъ малаго наполненія, 126. Дых. 24. t° веч. 36,6.

9/I. t° утр. 36,8. Боли стихли. Больная чувствуетъ себя прекрасно. t° вечер. 36,7.

Отъ 10/I до 30/I t° нормальная. Къ 22/I рана совершенно зарубцевалась.

31/I. t° утр. 36,5. Подъ наркозомъ хлороформомъ (40,0) наложены нами вторичные швы. Довольно тонкій рубецъ, въ 17 сантиметровъ длины и 1—$^1/_2$ сантиметра шириною. Выпячиваніе рубца при напряженіи брюшного пресса еще не замѣтно. Рубецъ иссѣченъ не цѣликомъ, а въ видѣ тонкой поверхностной пластинки. Въ одномъ мѣстѣ нечаянно была вскрыта брюшная полость на протяженіи $1^1/_2$ сятм., причемъ ясно было видно, что къ рубцу въ брюшной полости не идутъ никакія спайки, такъ что брюшина имѣетъ съ рубцемъ свободно отграничивается вверхъ, а внизу лежатъ совершенно свободно безъ малѣйшихъ слѣдовъ спаекъ петли тонкихъ кишекъ съ совершенно нормальнымъ блестящимъ серознымъ покровомъ. Швовъ на отверстіе брюшины. Раньше иссѣченія рубца были отсепарованы края кожи, апоневротическихъ и мышечныхъ слоевъ. Погружной швъ на апоневрозъ имѣетъ съ мышцами и глухой на кожу. Сухая асептическая повязка. t° веч. 36,0.

Послѣопераціонное теченіе гладкое.

7/IV. Сняты швы: заживленіе первичнымъ натяженіемъ.

Отъ 8/IV до 14/IV t° нормально. Стулъ ежедневный. Рубецъ линейный. При употребленіи брюшного пресса никакого выпячиванія на мѣстѣ рубца. Абсолютно никакихъ болей въ подвздошной ямкѣ, ни вообще въ животѣ.

15/IV. Больная выписана.

№ 44. См. выше.

№ 45. *Екатерина Кор.*, хвощка, 22 лѣтъ. Поступила въ больницу 27-го февраля 1897 года. *Умерла* 2-го марта.

Anamn. Заболѣла 17-го февраля болью живота, поносомъ, тошнотою и рвотою. На слѣдующій день боли ограничились областью слѣпой кишки, но приняли значительно большую интенсивность и схваткообразный характеръ; поносъ же отъ принятыхъ порошковъ прекратился, порошки больная принимала ежедневно. Стулъ также ежедневно вызывался клизмами. Со втораго дня болѣзни больная оставалась въ постели, держа все время ледъ на правой сторонѣ живота. Пища состояла только изъ молока и чая (больная лечилась у врача). Menses на 15-мъ году, по 2—5 дней. Въ лѣтствѣ перенесла скарлатину. Pes equinus sin. съ лѣтства. До послѣдней болѣзни всегда была здорова.

St. praes. Больная средняго роста, худощава и блѣдна. Pes equinus sin. Языкъ влажный и довольно чистый. Тоны сердца глуховаты, но чисты. Со стороны легкихъ при изслѣдованіи въ лежачемъ на спинѣ положеніи ничего ненормальнаго не обнаруживается. Животъ немного вздутый, только вокругъ пупка, именно внизу и слѣва вздутъ, въ остальныхъ же частяхъ симетиченъ. Ощупываніе живота болѣзненно почти по всей правой половинѣ, но особенно кнутри отъ sp. ant. sup. и въ правомъ подреберьи. Надъ Пупартовой же связкой болѣзненность весьма незначительна. При перкуссіи получается ясный тимпаническій тонъ только въ epigastrium, въ остальныхъ же частяхъ притупленный. При ощупываніи обнаруживается уплотненіе безъ рѣзко выраженныхъ границъ, занимающее правую половину живота, начиная отъ линіи, лежащей на $2^1/_2$ поперечн. пальца выше пупка, съ переходомъ влѣво за срединную линію также на $2^1/_2$ поперечн. пальца. Непосредственно надъ Пупартовой связкой инфильтратъ весьма выраженъ, хотя разница въ резистентности сравнительно съ лѣвой стороной существуетъ. t° 38,7. Ord.: опій и ледъ.

28/II. t° утр. 38,0. Пульсъ 102. Дыханіе 30. Стула не было. Вѣтры не отходятъ. Языкъ обложенъ. Животъ in statu quo. Подъ наркозомъ хлороформомъ (35,0) произведена нами боковая лапаротомія. Разрѣзъ въ 20 сантиметр. въ косомъ направленіи на 5 сантиметр. кнутри отъ sp. ant. sup., нижній конецъ разрѣза доходитъ почти до Пупартовой связки. Передній пристѣночный листокъ брюшины оказался совершенно свободнымъ отъ сращеній. Въ области раны лежала спавшаяся, совершенно пустая слѣпая кишка, спаянная плотными сращеніями снаружи со дномъ подвздошной ямки, кнутри—съ петлями тонкихъ кишекъ. Все вмѣстѣ образовало довольно плотную и большую опухоль. По введеніи въ брюшную полость во всѣ стороны отграничивающихъ асептическихъ тампоновъ, слѣпая кишка отсѣчена отъ склеекъ съ заднимъ пристѣночнымъ листкомъ брюшины, послѣ чего обнаружена полость, лежавшая подъ слѣпой кишкой, съ весьма вонючимъ, грязноватымъ, тягучимъ гноемъ, въ количествѣ 2-хъ столовыхъ ложекъ. Стѣнки полости неровныя, и на днѣ ея прощупывается тяжъ, переходящій въ слѣпую кишку, въ

заднюю ея стѣнку—это червеобразный отростокъ, оказавшійся совершенно разрушеннымъ: имѣлся только остатокъ его въ 2 снтм., сохранившій еще свою трубчатую форму. Въ немъ найденъ также небольшой и довольно мягкій каловый камень. Гнойная полость выполнена асептич. тампонами. Сухая асептич. повязка. t° веч. 37,6.

1/ш. t° 36,4. Со вчерашняго вечера появилась рвота черной жидкостью. Рвота постепенно стала учащаться и теперь имѣетъ характеръ отрыжки, совершающейся безъ всякаго напряженія. Языкъ сухой, обложенъ чернымъ налетомъ. Животъ мягкій, даже менѣе вздутъ, чѣмъ до операціи, и безболѣзненъ. Бывшія вчера вечеромъ схваткообразныя боли живота теперь стихли. Сегодня появилось отхожденіе газовъ. Несмотря на то, что самочувствіе больной хорошее (euphoria), она крайне слаба, пульсъ малый и частый (120), дыханіе 18. Больная жалуется на сильную жажду, но малѣйшее количество воды или льду вызываетъ рвоту. Больная сонлива. t° вечер. 37,2.

Слабость все нарастала и 2/ш въ $3^{1}/_{2}$ ч. утра больная умерла.

Вскрытіе 3/ш.

Протоколъ вскрытія (прив.-доц. д-ръ А. Ив. Моисеевъ). Сѣчники сердца мягки, бѣдно-желтоваты. Легкія отечны. Селезенка увеличена, темно-краснаго цвѣта, умѣренно разрыхлена. Печень увеличена, полнокровна, границы далеко неясно выражены. Почки увеличены, капсула снимается легко, поверхность гладкая, желтоватаго цвѣта съ темнокрасными точками; корковый слой утолщенъ, помутнѣлъ; columnae Berthinii значительно развиты; ткань мягка. Брюшина въ слѣпой области сѣро-асцитическаго цвѣта, мутна, покрыта гноевидной жидкостью. Сальникъ сросшись съ передней частью слѣпой кишки. Червеобразный отростокъ отходитъ отъ задне-внутренней стороны слѣпой кишки на высотѣ valv. Bauhinii и поднимается вверхъ, по задне-наружной сторонѣ восходящей кишки, едва отклоняясь кнаружи. На разстояніи 2 снтм. отъ мѣста отхожденія онъ представляется гангренозно-разрушеннымъ, а свободный конецъ совершенно разрушеннымъ. Кнаружи и, по преимуществу, кзади отъ восходящей кишки имѣется довольно большая полость (въ 10 снтм. длины) съ гангренозно-распавшимися стѣнками. Въ эту же полость и направляется разрушенный червеобразный отростокъ. Сообщеніе червеобразнаго отростка со слѣпой кишкой совершенно свободное. Слизистая слѣпой кишки блѣдна, фоликулы асцитнаго цвѣта.

Diagnosis anatom.: Pes equinus sin. Degeneratio adiposa cordis. Oedema pulmonum. Hyperplasia et degeneratio parenchymatosa hepatis. *Nephritis parenchymatosa acuta. Appendicitis perforativa. Perityphlitis purulenta et adhaesiva acuta.*

№ 46, 47 и 48 см. выше.

№ 49. *Федосья Ник.*, кр., вд., 37-ми лѣтъ. Поступила въ больницу 30-го авг. 1897 г., выписалась 22-го ноября.

Anamn. 10 дней тому назадъ внезапно заболѣла сильными болями живота справа, озноб0мъ и жаромъ. Боли живота держались все время до поступленія въ больницу, но больная оставалась на ногахъ, даже работала: мыла бѣлье. Ни поноса, ни запора не было. Menses на 18 г., черезъ 4 нед. на 4 дня, умѣренныя и безболѣзненныя; послѣднія регулы были 2 недѣли тому назадъ, но срокъ; дней 6 тому назадъ снова появились крови въ умѣренномъ количествѣ, продолжающіяся и въ настоящее время. Рожала 1 разъ, на 20-мъ году. Выкидышей не было.

St. praes. Больная правильнаго тѣлосложенія и удовлетворительнаго питанія. Языкъ обложенъ. Животъ незначительно вздутъ, но очень чувствителенъ, въ особенности съ правой стороны въ области слѣпой кишки, гдѣ перкуссія даетъ притупленно-тимпаническій звукъ. Per vaginam: матка впереди и вправо, шейка уплотнена; съ правой стороны прощупывается незначительный экссудатъ. t° 39,2. Ord.: опій, ледъ и спринцеваніе.

1/іх. t° утр. 37,0. Языкъ сильно обложенъ. Больная жалуется на кашель мокрота не отдѣляется. При изслѣдованіи легкихъ найдено притупленіе слѣва на два пальца ниже лопатки до l. axillaris; выслушиваются сухіе укрѣпляющіе хрипы. Въ области слѣпой кишки въ границахъ притупленнаго тона резистенція ясно. Газы отходятъ. t° веч. 37,8.

2/іх. t° утр. 36,9. Пульсъ 84. На губахъ появился herpes. Животъ умѣренно и равномѣрно вздутъ, при ощупываніи очень болѣзненъ справа вблизи sp. ant., гдѣ прощупывается слегка бугристая опухоль, но изъ-за напряженія брюшныхъ стѣнокъ и переполненія мочевого пузыря, границы опухоли не опредѣляются. Послѣ выпущенія катетромъ около 700 куб. с. мочи, границы опухоли стали ясные. Величина опухоли приблиз. въ куриное яйцо. Кашель не большой. Стула не было. t° веч. 37,5.

3/іх. t° утр. 36,2. Боли живота меньше. Вѣтры отходятъ, но стула еще не было, несмотря на клизму. Мочиться сама не можетъ. Регулы продолжаются уже недѣлю. Опухоль въ томъ же состояніи. t° веч. 37,2.

4/іх. t° утр. 36,8. Вчера и сегодня послѣ клизмы нѣсколько прослабило. Больная продолжаетъ жаловаться на боли живота. Опухоль въ томъ же состояніи. Перкуторный тонъ надъ нею слегка притупленъ. Крепитирующіе хрипы распространяются слѣва отъ угла лопатки кпизу, но перкуторный тонъ притупленъ незначительно. t° веч. 37,7.

5/іх. t° утр. 36,6. Боли живота продолжаются. Стула не было. t° веч. 37,7.

6/іх. t° утр. 36,4. Пульсъ 72. Дых. 28. Боли и инфильтратъ въ области слѣпой кишки безъ перемѣны. Въ нижнихъ долихъ легкихъ сзади, особенно справа, притупленіе и бронхіальный выдохъ съ звучными хрипами, каковыя явленія при сидячемъ положеніи больной черезъ нѣкоторое время исчезаютъ и дыханіе становится везикулярнымъ (гипостатическія явленія). Клизма вчера безъ эффекта, но сегодня послѣ клизмы хорошо прослабило. t° веч. 37,8.

7/xi. t° утр. 36,8. Пульсъ 87. Дых. 24. Языкъ обложенъ. Вчера вечеромъ былъ небольшой произвольный стулъ. Сегодня посалъ клизмы два раза прослабило. Моча безъ бѣлка. t° веч. 37,9.

8/ix. t° утр. 36,6. Пульсъ 84. Вчера вечеромъ былъ произвольный стулъ. Боли въ области слѣпой кишки нѣсколько усилились. Инфильтратъ замѣтно увеличился и сталъ болѣе плоскимъ.

Подъ наркозомъ хлороформомъ (40,0) произведена нами операція. Разрѣзъ дугообразный надъ инфильтратомъ на 3 поперечныхъ пальца внутри отъ Sp. ant. sup. длиною въ 15 сити. Мышечные слои отечны; fascia transversa и брюшина сильно утолщены и спаяны между собою. По вскрытіи ихъ показался густой, съ неособенно сильнымъ запахомъ тягучій гной. Гнойная полость небольшая, съ карманами вверхъ и внизъ. Стѣнки полости довольно гладкія. Отыскать червеобразный отростокъ среди сращеній не удалось. Тампонада асептической марлей. Сухая повязка. t° веч. 38,3.

9/ix. t° утр. 37,9. Пульсъ 96. Вчера посалъ наркоза одинъ разъ вырвало. Посалъ инъекціи морфія спала. Больная жалуется на боли въ области раны, особенно при кашлѣ. Мочиться все еще не можетъ. t° веч. 37,9.

Остальные дни t° нормальная, только 12—14/ix было подлихорадочной вслѣдствіи ревматическаго пораженія колѣна. Перевязки черезъ 3—4 дня. Стулъ вызывался клизмами.

Съ 22 октября все зажило. Вначалѣ стулъ вызывался черезъ день клизмами, а съ 26-го сентября стулъ былъ ежедневный и нормальный. Въ исправленіяхъ, между прочимъ, нѣсколько разъ находились каловые камни отъ просяного до чечевичнаго зерна величиной, желтоватаго цвѣта и довольно плотные.

27/x. Наложены нами подъ наркозомъ хлороформомъ (50,0) вторичные швы.

Имѣлся линейный плотный и втянутый рубецъ, при употребленіи брюшного пресса надъ рубцомъ происходило небольшое выпячиваніе, хотя самъ рубецъ оставался втянутымъ. При ощупываніи кромѣ нѣкотораго уплотненія въ области рубца ничего не опредѣлялось, хотя больная жаловалась на боли при давленіи.

Вторичные швы наложены нами безъ вскрытія брюшной полости: рубецъ иссѣченъ только въ поверхностномъ слоѣ, затѣмъ отсепарованы послойно кожа, сухожильное растяженіе наружной брюшной мышцы и остальные мышечные слои. Края сухожильнаго растяженія отошли въ стороны, хотя не особенно значительно, мышечные же слои плотно спаялись другъ съ другомъ и съ рубцомъ. Наложены общіе погружные швы на сухожильное растяженіе и мышцы и поверхностные швы на кожу.

t° послѣ операціи до выписки нормальная. Стулъ вначалѣ былъ задержанъ и вызывался слабительными или клизмами, а подъ конецъ сталъ ежедневнымъ.

На 8-й день перевязка: швы сняты; заживленіе первичнымъ натяженіемъ, исключая нижняго конца раны, гдѣ въ уколѣ оказалось небольшое нагноеніе, окончательно зажившее черезъ 9 дней.

Больная выписалась 22/xi вполнѣ здоровой съ линейнымъ рубцемъ при отсутствіи малѣйшаго выпячиванія.

№ 50. *Елизавета Сор.*, крест., 64-хъ лѣтъ. Поступила въ больницу 31-го октября 1897 г., выписалась 10-го февраля 1898 года.

Anamn. 27-го октября днемъ въ церкви больная почувствовала себя худо: начался ознобъ. По возвращеніи домой появился поносъ и рвота, довольно частые и продолжавшіеся три дня. Съ перваго же дня появилась сильная боли живота, особенно справа. 30-го и 31-го стулъ былъ нормальный; рвоты ни было. Съ самаго начала болѣзни больная слегла въ постель. Низъ живота побаливаетъ лѣтъ 10. Дѣтей было 7.

St. praes. Больная умѣреннаго сложенія и питанія. Небольшое покраснѣніе зѣва и сѣрый насморкъ, на языкѣ soor. Животъ при дотрогиваніи болѣзненъ, главнымъ образомъ въ правомъ подреберьѣ. Паховыя железы увеличены. Послѣ клизмы отошла чистая вода. t° 38,4. Ord.: опій и ледъ.

1/xi. t° утр. 37,2. Пульсъ 108. Дых. 44. Животъ неравномѣрно вздутъ. Болѣзненность въ правой подвздошной области больше, чѣмъ въ лѣвой. Здѣсь же имѣется притупленіе, но никакой опухоли не прощупывается. *Нижняя доля праваго легкаго притуплена, имѣются мелкіе хрипы.* Лѣвое легкое свободно. Небольшое количество гнойной мокроты. t° веч. 37,5.

2/xi. t° утр. 36,9. Пульсъ 100. Дых. 32. Жалуется на боль въ животѣ, больше справа. Стулъ былъ. Притупленіе сзади на 1 палецъ выше нижняго угла лопатки, спереди до 3-го межребернаго промежутка. t° веч. 37,4.

3/xi. t° утр. 37,0. Пульсъ 100. Дых. 40. Сила удовлетворительно. Стулъ былъ 3 раза. Кашель небольшой. Въ подвздошно-слѣпой области имѣется нѣкоторая резистенція, но болѣзненность меньше, чѣмъ вчера. t° веч. 37,7.

4/xi. t° утр. 37,3. Пульсъ 100. Дых. 32. Необильный стулъ. Притупленіе легкаго по прежнему. Резистенція въ подвздошно-слѣпой области больше, чѣмъ вчера. t° веч. 37,3.

5/xi. t° утр. 37,0. Пульсъ 104. Дых. 36. Кашель небольшой, мокроты очень мало. Животъ небользненъ. Стулъ былъ. Уплотненіе и притупленіе въ правой подвздошной области попрежнему. Общее состояніе лучше. t° веч. 37,0.

6/xi. t° утр. 36,8. Пульсъ 96. Стула не было. Притупленіе и уплотненіе въ правой подвздошной области увеличились. Кашель попрежнему. t° веч. 37,0. Опій отмѣненъ.

7/xi. t° утр. 37,3. Пульсъ 94. Стулъ нормальный. Кашель продолжается, больная отхаркиваетъ *мокроту съ примѣсью крови алаго цвѣта* и не тѣсно смѣшанную съ мокротой. Опухоль въ правой подвздошной области увеличилась. t° веч. 37,6.

8/xi. t° утр. 37,5. Пульсъ 112. Дыханіе 30. Былъ 3 раза поджидкій стулъ. Ночь спала плохо. Языкъ сухой. Мокрота съ примѣсью крови. Животъ умѣренно

вздуть, болѣзненъ только въ правой половинѣ, гдѣ прощупывается большая опухоль, начинающаяся отъ Пупартовой связки и поднимающаяся вверхъ почти до печени. Въ нижней своей части опухоль доходитъ почти до средней линіи, но отъ sp. ant. sup. она отстоитъ пальца на 2. На ощупь опухоль очень болѣзнена, также и поясничная область. Кожа надъ опухолью отечна. Въ наружной части опухоли удается получить зыбленіе. Правая нога согнута въ тазобедренномъ суставѣ, выпрямленіе ея болѣзненно. Въ легкихъ справа внизу сзади притупленіе еще держится, но дыханіе везикулярное. t° веч. 37,3.

9/XI. t° утр. 37,2. Пульсъ 120. Дыханіе 40. Болѣзненность правой половины живота еще больше.

Подъ наркозомъ хлороформомъ (40,0) произведена нами операція: разрѣзъ обычный для перитифлита, длиною въ 15 сантиметровъ. Въ нижней половинѣ разрѣза кожа и всѣ слои отечны. Брюшина плотно срослась съ подлежащей опухолью. По вскрытіи и отдѣленіи брюшины оказалось, что опухоль состоитъ изъ отдѣльныхъ небольшихъ гнойниковъ съ густымъ гноемъ, частью даже съ фибринозными сгущками. По сосѣдству съ гнойниками также ограниченныя полости съ *чисто-серозными содержимыми*. Стѣнки гнойниковъ и полостей состоятъ изъ склеившихся петель кишекъ. Отдѣльная тампонада гнойниковъ и серозныхъ полостей. Швы на верхній конецъ раны. Сухая асептическая повязка. t° веч. 36,6.

10/XI. t° утр. 36,8. Пульсъ 114. Дыханіе 40. Послѣ наркоза раза 3 рвота. Ночь спала плохо. Языкъ сухой. Животъ не вздутъ, мягкій, немного болѣзненъ. Стула не было, но вѣтры отходятъ. Кашель понижему, мокрота густая, желтоватая. t° веч. 37,2.

11/XI. t° утр. 36,0. Пульсъ 104. Дыханіе 27. Ночь изъ-за кашля спала плохо. Стула не было. Притупленіе легкихъ сзади справа еще держится. t° вечер. 36,8.

12/XI и 13/XI t° нормальная. Кашель и мокрота попрежнему.

14/XI. Первый стулъ.

16/XI. Первая перевязка. Швы съ верхняго конца раны сняты. Гною мало. Стулъ въ этотъ день былъ 3 раза, жидкій. Въ легкихъ справа сзади внизу притупленіе еще держится, а также и хрипы. Мокрота также еще ржаваго цвѣта, слизистая. t° веч. 37,6.

17/XI. t° утр. 36,9. Пульсъ 100. Дыханіе 40. Кашель продолжается, а также и ржавая мокрота. 2 раза полужидкій стулъ. t° веч. 37,9.

18/XI. t° утр. 37,1. Пульсъ 112. Дыханіе 32. 2 раза былъ стулъ. Въ остальномъ безъ перемѣнъ. Моча безъ бѣлка. t° веч. 37,3.

Въ дальнѣйшемъ теченіи мало представлялось уклоненій. Большинство гнойниковъ, хотя скоро зажило, но опухоль, состоявшая съ склеившихся петель кишекъ, оставались безъ перемѣны. Стулъ былъ почти ежедневно. Явленія въ правомъ

легкомъ (*инфарктъ*) также долго оставались безъ большихъ измѣненій, въ мокротѣ иногда появлялась *свѣжая кровь*. Только къ 14-му декабрю всѣ явленія въ легкихъ исчезли. t° оставалась нормальной.

Съ 13/XII въ состояніи опухоли наступили измѣненія: она увеличилась, заняла почти весь низъ живота. На ощупь опухоль плотная, перкуторный же тонъ притупленно-тимпаническій. На мѣстѣ разрѣза начинающаяся рубцеватая грануляціонная поверхность. Per vag.: правый и лѣвый своды выполнены и напряжены, только въ одной точкѣ въ заднемъ сводѣ есть болѣе мягкое мѣсто. Пробная пункція въ двухъ точкахъ задняго свода дала отрицательный результатъ. Больной назначенъ іодистый калій и ежедневныя ванны. Опухоль еще нѣсколько дней продолжала увеличиваться, занявъ почти всю правую половину живота, а внизу переходя и на лѣвую. Кожа надъ инфильтратомъ отечна. Вверху ощупываніе болѣзненно. Стулъ почти ежедневно. Общее состояніе удовлетворительно.

Съ 22/XII отмѣчено начавшееся уменьшеніе опухоли, что констатировалось, какъ черезъ брюшныя стѣнки, такъ и per vaginam. Уменьшалась изо дня въ день, опухоль какъ бы разбилась на отдѣльные участки, исчезавшіе одинъ за другимъ.

19/I 1898 вся опухоль разсосалась, такъ что ни опредѣлялось и слѣда ея ни черезъ брюшныя стѣнки, ни per vaginam. Къ этому же числу зажила и рана. На мѣстѣ ея получился очень широкій и тонкій рубецъ при значительномъ расхожденіи мышечныхъ краевъ.

23/I наложены нами подъ хлороформнымъ наркозомъ вторичные швы. Рубецъ въ 15 — 17 сантиметровъ длиною и въ 1 сантиметръ шириною. Расхожденіе мышцъ настолько широко, что пропускаетъ 4 пальца. Рубецъ поверхностно иссѣченъ безъ вскрытія брюшной полости. Швы наложены въ 2 слоя: на сухожильное растяженіе мѣстѣ съ глубжележащими мышечными слоями и на кожу.

30/I. Перевязка. Швы сняты. Prima intentio, только два нижнихъ шва по уколамъ нагноились.

10/II. Больная выписана вполнѣ здоровой. Стулъ нормальный. На мѣстѣ раны линейный рубецъ въ 20 сятм. длиною. При напряженіи брюшного пресса никакого расхожденія. Въ глубинѣ ничего не прощупывается.

№ 51. *Марія Б.*, крест., 44 лѣтъ. Поступила въ больницу 1-го ноября 1897 года. *Умерла* 15-го ноября.

Anamn. 28-го октября небольшая боль подъ ложечкой; 29-го боль немного сильнѣе; 30-го утромъ боль во всемъ животѣ, въ ночь съ 30-го на 31-е частая рвота, продолжавшаяся и днемъ 31-го. На низъ было послѣ ol. ricini 31-го. Раньше подобныхъ заболѣваній не было, только годъ тому назадъ была боль въ животѣ и запоръ. Рожала 1 разъ 16 лѣтъ назадъ. 3-й годъ climacterium.

St. praes. Больная правильнаго тѣлосложенія и удовлетворительнаго питанія. Лицо осунувшееся, глаза окружены синевой. Языкъ покрытъ бѣлымъ сухимъ на-

летомъ. Животъ умѣренно вздутъ, рѣзкая поясная полоса. Животъ весьма болѣзненъ при малѣйшемъ надавливаніи, особенно въ правой подвздошной области. Прощупать что-либо изъ-за значительнаго напряженія брюшныхъ стѣнокъ не удается. Перкуторный тонъ надъ правой подвздошной областью притупленъ, въ остальныхъ же частяхъ тимпаническій. Мочится съ болью. Per vaginam: матка небольшая, дно немного сдвинуто вправо, контуры матки влѣдствіе болѣзненности плохо опредѣляются, всѣ своды тѣстоваты и болѣзненны, особенно справа. Рвоты не было съ поступленія въ больницу, но есть тошнота. Больная стонетъ, жалуется на схваткообразныя боли живота, отдающія въ правую ногу. Отъ предложенной операціи отказалась. t° 37,9°. Пульсъ 112. Дыханіе 40. Ord.: Опій, ледъ и клизма.

3/xi. t° утр. 37,0. Пульсъ 100, весьма малый. Дыханіе 36. Вчера послѣ клизмы 4 раза жидко прослабило. Языкъ сухой, обложенъ. Животъ симметричный, но болѣе вздутъ и весьма белѣзненъ. Перкуторный тонъ притупленъ только въ правой подвздошной области. Прощупать что-либо изъ-за сильнаго напряженія брюшныхъ стѣнокъ не удается. Рвоты не было, но тошнитъ. Въ мочѣ бѣлка и индикана нѣтъ.

Подъ наркозомъ хлороформомъ (40,0) произведена нами боковая лапаротомія. По наступленіи наркоза черезъ разслабленныя брюшныя стѣнки можно было ясно прощупать опухоль, величиною въ большой кулакъ, занимающую всю подвздошно-слѣпую область. Дугообразный послойный разрѣзъ въ 15 сантиметр. на 2 два пальца кнутри отъ sp. ant. sup., начиная на 5 сантиметровъ выше послѣдней и кончая почти у Пупартовой связки. Въ нижней половинѣ разрѣза слои брюшной стѣнки пропитаны серозною жидкостью. По вскрытіи брюшнаго листка вытекло небольшое количество серозно-гнойной жидкости, а также отдѣльно въ нижнемъ углу показался вонючій жидкій гной. Въ области раны предлежалъ конгломератъ склеившихся петель кишекъ и сальника. По введеніи отграничивающихъ тампоновъ изъ асептической марли въ свободную брюшную полость во всѣ направленія приступлено къ осмотру конгломерата. Сальникъ утолщенъ, очень дряблый и пропитанъ гноемъ. Въ нижнемъ концѣ конгломерата изъ отверстія показался въ большомъ количествѣ гной. Сальникъ и петли кишекъ отдѣлены другъ отъ друга, послѣ чего обнаружены между ними отдѣльныя, сообщавшіяся между собою гнойныя полости. Червеобразный отростокъ лежалъ подъ слѣпой кишкой немного кнутри среди плотно прикрѣплявшихъ его срощеній, такъ что изолированіе его было довольно труднымъ. На немъ оказалось два отверстія: одно сбоку на границѣ между верхней и средней третью, величиною въ чечевицу, среди гангренознаго участка, величиною въ бобъ; другое отверстіе на границѣ между средней и нижней третью отростка, меньшей величины и съ менѣе измѣненными краями, чѣмъ въ первомъ отверстіи (см. таблицы рис. A, B и C). Отростокъ, начиная отъ перваго отверстія въ мизинецъ толщиною. Mesenteriolum начинается у самой верхушки отростка, значительно утолщено, а въ области отверстій гнойно пропитано. Длина отростка около 10 снтм. Отростокъ отдѣленъ отъ его брыжжейки, причемъ на нее предварительно были наложены торсіонные пинцеты, по снятіи которыхъ кровоточащихъ сосудовъ не оказалось. Отростокъ резецированъ у самаго основанія: сдѣланъ круговой разрѣзъ черезъ серозный покровъ и отвороченъ въ видѣ манжетки, послѣ чего отростокъ перевязанъ лигатурой и отрѣзанъ. Культя вдавлена въ полость слѣпой кишки и надъ ней стянутъ серозный покровъ Лембертовскими швами. Просвѣтъ червеобразнаго отросткаго у его основанія совершенно *рубцево-заращенъ*, въ остальной же части расширенъ. Слизистая гагренесцирована отъ съуженія до верхушки. Содержимое—гнойный распадъ съ отвратительнымъ запахомъ. Каловыхъ камней не оказалось. Самый большой карманъ кнаружи отъ слѣпой кишки между ею и боковой брюшной стѣнкой. Всѣ карманы выполнены асептическими тампонами, поверхъ асептическая повязка. Во время наркоза пульсъ значительно улучшился, сдѣлался полнѣе и рѣже. t° веч. 36,6. Ord.: Inject. camph. черезъ часъ. Inject. morph.

4/xi. t° утр. 36,3. Пульсъ 100, весьма малый. Дыханіе 30. Больная очень слаба. Языкъ сухъ и обложенъ. Сильныя схваткообразныя боли въ правомъ боку въ области печени, ощупываніе здѣсь крайне болѣзнено. t° веч. 36,3.

5/xi. t° утр. 36,1. Пульсъ 92, немного лучше. Дыханіе крайне неравномѣрное, 20. Самочувствіе больной лучше. Появился аппетитъ. Схваткообразныя боли живота также стали рѣже, но еще очень сильныя. Животъ не особенно вздутъ и ощупываніе его болѣзненно. Болѣзненность въ области печени уменьшилась. Стула еще не было. Со вчерашняго вечера въ прямую кишку вставлена толстая дренажная трубка, но газы, видимо, всетаки плохо отходятъ, хотя больная отъ трубки чувствуетъ нѣкоторое облегченіе. Появился кашель, вызывающій сильныя боли живота. t° веч. 36,3.

6/xi. t° утр. 37,0. Пульсъ 112. Дыханіе 18—крайне неравномѣрное: больная задерживаетъ его, такъ какъ оно, по ея словамъ, вызываетъ боли въ животѣ. Языкъ немного влажнѣе. Схваткообразныя боли живота значительно рѣже. Животъ мягкій и менѣе вздутъ, ощупываніе неболѣзненно. Стула не было. Вѣтры отходили. t° веч. 37,3.

7/xi. t° утр. 36,7. Пульсъ 106—правильный. Дыханіе 20, также правильное. Общее состояніе лучше. Ночь провела плохо изъ-за болей живота. Животъ мягкій и почти безболѣзненный. Вѣтры отходятъ въ изобиліи. t° веч. 37,3.

8/xi. t° утр. 37,6. Пульсъ 120. Дыханіе 24. Языкъ обложенъ, суховатъ. Ночь спала плохо. Общее состояніе тяжелое. Повязка очень промокла. Перевязка: гной вонючій, тампоны подстрижены, но не вынуты. Животъ вздутъ, но мягокъ и болѣзненъ только въ области раны. Мочиться до сихъ поръ сама не можетъ. Моча безъ бѣлка. Въ 12 ч. дня появился кашель, но изъ-за болей живота больная плохо отхаркиваетъ мокроту. t° веч. 38,3.

9/XI. t° утр. 38,9. Пульсъ 120, малый. Дыханіе 42. Ночь провела плохо. Самочувствіе плохое. Общее состояніе тяжелое. *Кашель усилился. При изслѣдованіи легкихъ обнаруживается, что справа сзади, начиная отъ угла лопатки притупленіе съ бронхіальнымъ дыханіемъ и съ рѣзко выраженнымъ fremitus pectoralis.* Отхаркиваніе мокроты неполное. Животъ мягкій и болѣзненъ только въ области раны. Газы отходятъ плохо. t° вен. 39,2. Ord.. Inf. Digit. c. natr. salic.; Inject camph. черезъ часъ.

10/XI. t° утр. 37,5. Пульсъ 118. Дыханіе 38. Больная въ забытьѣ. Ночь спала плохо изъ-за сильныхъ болей живота. Ночью были 2 раза полуобидѣнія испражненія подъ себя. Частые позывы къ кашлю, но отхаркиваніе изъ-за болей живота неполное. Перевязка: повязка и тампоны сильно смочены вонючимъ гноемъ. Скопленія и затековъ гноя не обнаружено. Животъ мягкій, слегка вздутый и мало болѣзненный. Притупленіе и бронхіальное дыханіе справа сзади поднялось выше угла лопатки. t° вен. 36,7.

11/XI. t° утр. 36,9. Пульсъ 140, малый. Дыханіе 40—хрипящее, почти безпрерывное откашливаніе, но неполное. Обмѣй легкій ціанозъ. 2 раза нормальный стулъ. Притупленіе справа выше угла лопатки, сѣрва въ нижней долѣ. Бронхіальное дыханіе и влажные хрипы по всему правому легкому и въ нижней долѣ лѣваго. t° вен. 36,8.

12/XI. t° утр. 37,2. Пульсъ 120. Дыханіе 36. Частый кашель. Мокрота откашливается легче, мокрота чисто гнойная. Въ легкихъ явленія тѣ же. Животъ немного вздутъ, но безболѣзненъ. Ночь спала. Самочувствіе лучше. Мочу попрежнему выпускаютъ катетромъ. t° вен. 37,4.

13/XI. t° утр. 37,0. Пульсъ 120, очень малый. Дыханіе 36, хрипящее. Больная очень слаба. Откашливаетъ мокроту больная не въ состояніи. Въ легкихъ явленія тѣ же. Ночью былъ нормальный стулъ. Животъ мягкій и безболѣзненный. Перевязка: затековъ и скопленія гноя нѣтъ. Свободная брюшная полость отграничена склейками. t° вен. 37,7.

14/XI. t° утр. 38,4. Пульсъ 120—130, нитевидный. Дыханіе 44, хрипящее. Мокрота почти гнойная. Ціанозъ лица. Больная очень слаба, въ полузабытьѣ. Животъ не вздутъ и мягкій. Стула не было. t° вен. 38,8.

15/XI. t° утр. 39,6. Агонія. Exitus.

Вскрытіе 16/XI.

Протоколъ вскрытія (прив.-доц. д-ръ А. И. Моисеевъ). Правая верхняя доля легкихъ объемиста, плотна, на разрѣзѣ сѣраго цвѣта, зерниста, безвоздушна. Плевра, ее покрывающая, помутнѣла, на поверхности покрыта мягкими фибринозными пленками. Лѣвое легкое полнокровно, нижняя его доля содержитъ разсѣянныя гнѣзда свѣжей катарральной пневмоніи. Выше Пупартовой связки съ правой стороны находится проникающая рана живота, закрытая тампонами и ведущая въ полость, величиною въ кулакъ, ограниченная снутри рыхло сросшимися между собою и со стѣнкой живота сальникомъ, петлями тонкихъ кишекъ и слѣпой кишкой. Брюшина этихъ частей аспидно-сѣраго цвѣта, суха. Processus vermiformis у основанія ампутированъ, культя его перевязана. Правая поверхность слѣпой кишки сращена съ соотвѣтствующей стороной живота, образуя закрытую полость, содержащую около столовой ложки бѣлаго гноя. Тонкія кишки при входѣ въ малый тазъ склеены между собою и со стѣнкой таза, будучи вытѣснены изъ малаго таза, наполненаго бѣлымъ гноемъ. Слизистая оболочка слѣпой и тонкихъ кишекъ аспидно-сѣраго цвѣта.

Diagnosis anatom.: Dilatatio et degeneratio parenchymatosa m. cordis. *Pleuro-pneumonia fibrinosa dextr. super. ac. Pneumonia catarrhalis sin.* Hyperplasia acuta lienis. Degeneratio parenchymatosa hepatis et renum. Pelvio-peritonitis. Peritonitis adhaesiva regionis ileo-coecalis. Amputatio processus vermiformis. *Appendicitis.*

№ 52, 53 и 54 см. выше.

№ 55. *Авдотья Кор.*, крест., замуж., 28 лѣтъ. Поступила въ больницу 17-го февраля 1898 г. Выписалась 24 апрѣля 1899 г.

Anamn. Заболѣла 7 дней тому назадъ болями всего живота, а главнымъ образомъ внизу и въ поясницѣ; одноболь и запоръ. Раньше животъ никогда не болѣлъ. Menses на 20-мъ году, черезъ 3—4 недѣли по 5 дней, обильныя, безъ боли; послѣдній 8 дней тому назадъ.

St. praes. Больная средняго роста и правильнаго тѣлосложенія, блѣдна и слегка желтушна. Языкъ суховатъ и обложенъ. Животъ порядочно вздутъ и болѣзненъ, особенно справа. Перкуторный тонъ тимпаническій и только надъ правой crista ilei и надъ срединой правой Пупартовой связкой, отдѣльно другъ отъ друга, притупленный. Изъ-за напряженія брюшной стѣнки прощупать что либо не удается, развѣ только повышенную резистенцію въ правой подвздошной области. *Per vag.*: гнойныя выдѣленія. Шейка коническая, какъ у нерожавшей. Матка in anteflexione. Справа больной экссудатъ, доходящій до стѣнки таза, плотный и опускающійся въ задне-правый сводъ. Лѣвый сводъ свободенъ. t° 39,4°. Пульсъ 112. Ord.: опій, ледъ и спринцеванія.

18/II. t° утр. 37,6. Пульсъ 104. Вчера знобило. Животъ вздутъ и болѣзненъ, особенно справа. Слабило. t° вен. 39,1.

19/II. t° утр. 38,2. Пульсъ 122. Животъ очень вздутъ. Стула не было. Нѣсколько разъ рвало. t° вен. 37,6.

20/II. t° утр. 38,3. Пульсъ 96. Животъ менѣе вздутъ. Рвоты сегодня не было, но тошнитъ. Стула не было. t° вен 37,6.

21/II. t° утр. 36,6. Пульсъ 96. Животъ умѣренно и равномѣрно вздутъ и напряженъ, повсюду тимпаничекъ, исключая названныхъ областей. Подвздошная ямка непосредственно у sp. ant. sup. свободна и прощупываніе безболѣзненно. Надъ crista ilei и надъ срединой Пупартовой связки повышенная резистентность,

но ясно прощупать что-либо изъ-за напряженія брюшныхъ стѣнокъ не удается. Стула не было. t° веч. 38,7. Онѣй отмѣненъ. Ледъ по прежнему.

22/п. t° утр. 37,7. Пульсъ 92. Ночь спала хорошо; болей живота нѣтъ. Сегодня утромъ хорошо и жидко прослабило. Животъ значительно менѣе вздутъ и мягче. Инфильтратъ справа прощупывается гораздо яснѣе, чѣмъ вчера. Онъ занимаетъ всю нижнюю правую половину живота, доходя до срединной линіи и до высоты пупка. Перкуторный тонъ надъ инфильтратомъ также болѣе притупленъ. Самочувствіе больной лучше. t° веч. 38,6.

23/п. t° утр. 37,4. Пульсъ 92. Животъ болѣе вздутъ. Стула не было. Въ остальномъ безъ перемѣны. t° веч. 38,8.

24/п. t° утр. 37,6. Пульсъ 100. Ночью были схваткообразныя боли живота. 2 раза небольшой стулъ. Ни тошноты, ни рвоты нѣтъ. Животъ болѣе вздутъ. Инфильтратъ въ правой подвздонной области замѣтно увеличился, подойди вплотную къ sp. ant. sup., гдѣ довольно сильная болѣзненность, отсутствовавшая раньше. Въ мочѣ индиканъ.

Подъ наркозомъ хлороформомъ (25,0) произведена нами боковая лапаротомія. Послойный, косой, типичный для перитифлита разрѣзъ, только немного далѣе отъ sp. ant. sup. Поперечная фасція, предбрюшинная клѣтчатка и брюшина спаяны между собою и отечны. По разрѣзѣ брюшины показался густой волнчій гной, выходившій изъ небольшой полости, лежавшей кнаружи отъ слѣпой кишки со стѣнками, покрытыми фабриновыми свертками. Палецъ, введенный черезъ небольшое отверстіе въ полость, проникаетъ въ довольно узкій карманъ, идущій глубоко въ полость малаго таза. При разрѣзѣ склеекъ обнаружена выше вторая большая, неправильной формы полость, лежавшая между петлями кишекъ и совершенно обособленная отъ первой. Изъ нея вначалѣ показался также густой съ фибринозными свертками гной, а затѣмъ гнойно-серозная жидкость и подъ конецъ *серозная*, но чрезвычайно вонючая жидкость въ большомъ количествѣ (не скопленіемъ-ли этой жидкости объясняется быстрое и значительное увеличеніе опухоли, констатированное до операціи). Найти червеобразный отростокъ не удалось. Тампонада. Асептическая повязка. t° веч. 38,0.

Послѣ операціи t° спала почти до нормы. Боли живота прекратились. Недѣлю же спустя больная начала опять высоко лихорадить. Обнаружень довольно большой карманъ, идущій къ срединной линіи. Въ этомъ карманѣ почти всегда происходила задержка гноя. Карманъ постоянно все увеличивался, но только 29/III можно было сдѣлать противоотверстіе слѣва по axillar'ной линіи и провести сквозные дренажи и тампоны. t° тогда спала до нормы, изрѣдка повышалась до 38,2°. Полости, однако, выполнялись чрезвычайно медленно, стѣнки ихъ были неподатливы, грануляціи вялы. Вслѣдствіе задержки гноя пришлось очень долго тампонировать и дренировать полости, что прекращено только къ 1/VI. Къ этому времени остались узкіе дренажные ходы, которые не обнаруживали никакой

наклонности къ закрытію, постоянно отдѣляя гной, иногда въ большомъ количествѣ. Животъ мѣсяца черезъ 3 послѣ операціи сталъ совершенно мягкимъ, нигдѣ не прощупывалось никакого уплотненія черезъ брюшные стѣнки, такъ и per vaginam.

Стулъ первое время былъ задержанъ, несмотря на клизмы. Только спустя 2 недѣли послѣ операціи былъ первый обильный стулъ послѣ клизмы. Впослѣдствіи стулъ сталъ произвольнымъ и правильнымъ, но часто смѣнялся поносомъ, послѣдніе же мѣсяцы стулъ совершенно нормальный.

Свищи не закрывались въ теченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ. Больная совершенно отказалась отъ операціи ихъ. Выписана 24 апр. 1899 г.

№ 56. *Правда Ан.*, дѣв., 17 лѣтъ. Поступила въ больницу 25-го февраля 1898 года. Выписалась 14-го іюня.

Anamn. 21-го февраля внезапно появились боли живота въ обѣихъ подвздонныхъ областяхъ. Рвоты не было. Стулъ каждый день, нормальный. Menses правильны.

St. praes. Больная средняго тѣлосложенія и питанія. Сердце и легкія нормальны. Печень въ границахъ. Селезенка перкуторно значительно увеличена, но не прощупывается. Животъ нѣсколько вздутъ; въ правой подвздонной области прощупывается плотная, болѣзненная опухоль. Стулъ нормальный. t° 37,8. Пульсъ 100. Ord.: онѣй и ледъ.

26/п. t° утр. 37,4. Пульсъ 80. Стулъ былъ. Опухоль и болѣзненность въ подвздонно-слѣпой области in st. quo.

27/п. t° утр. 37,0. Пульсъ 92. Стулъ былъ. Животъ не вздутъ, тугой. Въ подвздонно-слѣпой ямкѣ прощупывается опухоль, лежащая тотчасъ у sp. ant. sup. и доходящая почти до l. alba и вверхъ до пупочной линіи; внизу надъ Пупартовой связкой свободная полоса въ $1^1/_2$ пальца шириною. Перкуторный тонъ надъ опухолью рѣзко притупленъ, исключая названной полосы. Опухоль весьма болѣзнена, особенно вблизи sp. ant. sup., гдѣ получается неясное зыбленіе. Моча уд. вѣса 1,022, безъ бѣлка. Весьма ясная реакція на индиканъ. Жёлчныхъ пигментовъ нѣтъ. t° веч. 38,8.

28/п. t° утр. 38,0. Пульсъ 106. Дых. 26. Языкъ обложенъ. Стула не было. Животъ не вздутъ, напряженъ. Опухоль тѣхъ же размѣровъ, но очень болѣзнена.

Подъ наркозомъ хлороформомъ (25,0) произведена нами боковая лапаротомія. Косой разрѣзъ обычный для перитифлита. Брюшная стѣнка во всѣхъ слояхъ безъ отека и сращеній. По разрѣзѣ брюшины въ ранѣ предлежала слѣпая кишка съ нормальнымъ серозными покровомъ. Склеекъ съ передней брюшной стѣнкой не было. По введеніи отграничивающихъ тампоновъ во всѣ стороны свободной брюшной полости слѣпая кишка тупо отдѣлена отъ сращеній съ тазовой стѣнкой. Скоро подъ слѣпой кишкой обнаруженъ гнойникъ съ густымъ чрезвычайно вонючимъ гноемъ. Введенный въ гнойникъ палецъ констатируетъ

ограниченную полость, идущую болѣе къ средней линіи. Отыскать червеобразный отростокъ не удалось. Количество гноя около 60 куб. сант. Въ полость гнойника введены асептическіе тампоны. Поверхъ асептическая повязка. t° веч. 38,0.

1/ш. t° 38,4. Пульсъ 108. Дых. 40. До утра была рвота. Ночь не спала. Стонетъ. Сильная боль въ области раны. Животъ не вздутъ и не болѣзненъ. Стула не было, вѣтры отходятъ. Мочится сама. t° веч. 38,7.

2/ш. t° утр. 38,2. Пульсъ 100. Дых 42. Появился частый кашель, очень короткій, сдерживаемый изъ-за болей живота. Стула не было, вѣтры отходятъ. Животъ не вздутъ, слегка болѣзненъ. Появилась легкая желтушная окраска. *При изслѣдованіи легкихъ обнаруживается ясное притупленіе перкуторнаго тона справа по подмышковой линіи и сзади*, начиная отъ половины лопатки. При выслушиваніи опредѣляется бронхіальное дыханіе и крупнопузырчатые хрипы, которые выслушиваются также въ нижней долѣ лѣваго легкаго. t° веч. 37,8.

Пнеймонія разрѣшилась окончательно только черезъ 3 недѣли. Мокрота вскорѣ приняла гнойный характеръ и отдѣлялась въ изобиліи.

Первый стулъ 4/ш и затѣмъ ежедневно, вначалѣ жидкій.

Первая перевязка 4/ш: смѣнены только тампоны, ведущіе въ гнойникъ.

Тампоны, ведущіе въ брюшную полость, перемѣнены только 6/ш.

Въ дальнѣйшемъ теченіи стулъ то былъ задержанъ и вызывался клизмами, то смѣнялся поносами.

Къ 7/v рана совершенно зарубцевалась.

22/v. Наложены нами подъ хлороформнымъ наркозомъ (55,0) вторичные швы. Рубецъ въ 10 стм. длиною и въ самомъ широкомъ мѣстѣ въ 2 стм. шириною—плотный и нисколько не поддающійся при напряженіи брюшнаго пресса. Рубецъ поверхностно срѣзанъ. Края раны послойно отсепарованы на кожный, апоневротическій и мышечные слои до брюшины. Брюшина нигдѣ не вскрыта. Погружные общіе швы на апоневрозъ и мышечные слои и поверхностные швы на кожу.

На второй день послѣ операціи опять появились признаки катарральной лѣвосторонней пнеймоніи, задержавшей больную въ больницѣ до 14/vi.

Швы сняты на 7-ой день. Заживленіе первичнымъ натяженіемъ.

При выпискѣ ни слѣда выпячиванія на мѣстѣ рубца.

Стулъ все время былъ ненормальный: или запоры, или поносы.

№ 57. см. выше.

№ 58. *Клавдія Сам.*, мѣщ., замуж., 32 лѣтъ. Поступила въ больницу 26-го марта 1898 г. Выписалась 3 іюля.

Anamn. Заболѣла 15-го марта внезапно сильнѣйшими болями живота и лихорадкой. До заболѣванія отправленія кишечника была правильныя. Больная въ тотъ же день приняла слабительное, отъ котораго хорошо прослабило и слѣдующіе 2 дня больная чувствовала себя лучше, но 18-го снова появились боли въ поясницѣ, а съ 28-го наступило рѣзкое ухудшеніе при жарѣ и общей слабости, но боль живота была не особенно сильна, ограничиваясь правой подвздошной областью и отдавая въ правую ногу. Стулъ былъ нормальный, ни тошноты, ни рвоты не было. 1½ года тому назадъ больная перенесла плевритъ, а 1¼ г. такой же припадокъ, какъ теперь. Menses на 18-мъ г., по 3 дня черезъ 3 недѣли; послѣднія 2 недѣли назадъ. Рожала 4 разъ, 1 разъ двойнями; послѣдніе роды 6 лѣтъ назадъ.

St. praes. Больная средняго роста и хорошаго питанія. Легкія и сердце нормальныя. Языкъ обложенъ. Животъ не вздутъ и мягкій. Въ правой подвздошной области немного выше sp. ant. sup. прощупывается опухоль, въ яблоко величиною, рѣзко ограниченнная и немного болѣзненная на ощупь. Перкуторный тонъ надъ опухолью слегка притупленъ. t° 39,9. Ord: опій и ледъ.

27/ш. t° утр. 38,2. Пульсъ 96. Языкъ обложенъ. Стула не было. Животъ мягкій и безболѣзненный. Опухоль и болѣзненность замѣтно уменьшились. Правая подвздошная ямка непосредственно надъ Пупартовой связкой свободна и безболѣзнена. При ощупываніи слѣпой кишки gargouillement. *Per vag.*: своды свободны. Матка подвижна. *Per rectum* никакого инфильтрата не опредѣляется. Моча кислой реакціи, удѣл. в. 1,016, бѣлка нѣтъ, довольно ясная реакція на индиканъ. t° веч. 39,3.

28/ш. t° утр. 38,3. Пульсъ 92. Языкъ обложенъ, но влажный. Ночь спала хорошо. Самочувствіе удовлетворительно. Стула не было. Вѣтры отходятъ. Не частыя схваткообразныя боли живота. Животъ впалый; довольно замѣтная правосторонняя асимметрія. Опухоль надъ sp. ant. sup. замѣтно увеличилась, границы ея не рѣзко очерчены, кнутри она не доходитъ до l. alba пальца на два; надъ Пупартовой же связкой подвздошная ямка свободна. Перкуторный тонъ надъ опухолью притупленъ. Болѣзненность небольшая. Реакція на индиканъ болѣе рѣзкая, чѣмъ вчера. t° 39,9.

29/ш. t° утр. 38,4. Пульсъ 96. Языкъ обложенъ. Вечеромъ знобило. Ночь спала. Стула не было. Вѣтры отходятъ. Опухоль увеличилась: она занимаетъ почти всю область между ребернымъ краемъ и crista os. ilei; нижняя ея граница на уровнѣ sp. ant sup., кнутри она не доходитъ пальца на 2 до срединной линіи. Перкуторный тонъ надъ опухолью притупленъ, а въ наружной части тупой. Болѣзненность же небольшая. t° веч. 39,5.

30/ш. t° утр. 37,9. Пульсъ 96. Опухоль еще увеличилась, границы ея болѣе ясны; получается зыбленіе. Асимметрія живота. Схваткообразныя боли, начинающіяся съ подложечной области. Болѣзненность при ощупываніи больше. Остальной животъ не вздутъ и не болѣзненъ. Подвздошная ямка надъ Пупартовой связкой свободна. Per vag. et rectum опухоль не достигается. Со вчерашняго вечера появилась тошнота.

Подъ наркозомъ хлороформомъ (30,0) произведена нами боковая лапаро-

томія. Разрѣзъ дугообразный, пальца на 2 отъ реберного края по передней axillar'ной линіи внизъ мимо sp. ant. sup. пальца 2 внутри отъ нея и оканчивая пальца на 3 ниже ея. По послойномъ разрѣзѣ брюшной стѣнки вскрыть брюшинный листокъ, который оказался спереди совершенно не склееннымъ съ прилежащей толстой кишкой, боковая же часть брюшины склеена съ наружной стороной слѣпой и восходящей толстой кишки. Въ свободную брюшную полость введены отграничивающіе тампоны изъ асептической марли. Слѣпая и часть восходящей толстой кишки осторожно отъѣлены отъ боковой брюшной стѣнки, что совершилось довольно легко и послѣ чего скоро показался жидкій гной съ примѣсью фибринозныхъ хлопьевъ. Введенный палецъ опредѣлилъ полость, лежащую подъ слѣпой кишкой, величиною въ куриное яйцо. На днѣ полости ощупывается плотно прикрѣпленный тяжъ (червеобразный отростокъ?). Полость затампонирована асептической марлей; поверхъ асептическая повязка. t° вет. 38,9.

31/m. t° утр. 37,7. Пульсъ 96. Языкъ чистъ. Ночь спала. Самочувствіе удовлетворительно. Ни тошноты, ни рвоты не было. Животъ не вздутъ и не болѣзненъ. Изрѣдка схваткообразныя боли. Мочиться сама не можетъ. Стула не было. t° вет. 38,3.

1/m. t° утр. 37,1. Пульсъ 90. Ночь послѣ морфія спала хорошо. Животъ болитъ изрѣдка. Послѣ клизмы прослабило. Повязка промокла. Перевязка: сѣяніемъ только верхніе слои. t° вет. 37,9.

t° еще около 2 недѣль по вечерамъ была подлихорадочной. Стулъ большею частью вызывался клизмами, а иногда былъ произвольный. Тампоны сѣяніемъ только 6/iv. Перевязка черезъ 3—4 дня.

24/iv. t° поднялась до 39,2. Появился кашель и колотье въ празомъ боку. Вскорѣ можно было констатировать всѣ признаки право-сторонней пневмоніи, которая почти совершенно разрѣшилась къ 10/v. t° была очень высокой. Рана вначалѣ заживала довольно быстро, но 30/iv при сѣяніе повязки замѣченъ на ней жидкій калъ. Каловой свищъ, выдѣляющій калъ то въ большемъ, то въ меньшемъ количествѣ, значительно задержалъ заживленіе раны. Къ 12/v выдѣленіе кала черезъ свищъ совершенно прекратилось, но свищъ долго еще держался и закрылся только къ 16/vi.

2/vii. Больная выписалась. На мѣстѣ разрѣза плотный рубецъ съ 8—10 стм., ни слѣда эвентрація. Стулъ правильный.

№ 59. *Анна. Гол.*, замуж., 27 лѣтъ. Поступила въ больницу 1 апрѣля 1898 г. Выписалась 25 іюня.

Anamn. Заболѣла 29-го марта болями въ правой сторонѣ живота. Боли изо дня въ день все усиливались. Въ началѣ заболѣванія немного знобило. Стулъ все время былъ нормальный. Рвоты не было. Раньше всегда была здорова. Menses на 14-мъ году, черезъ 4 недѣли по 4—5 дней. Рожала 3 раза, благополучно. Послѣдній разъ 8 мѣсяцевъ тому назадъ. Ребенка кормитъ до сихъ поръ. Болей не было.

St. praes. Больная средняго роста и хорошаго питанія. Языкъ немного обложенъ. Животъ слегка вздутъ. Сильная болѣзненность въ подвздошно-слѣпой области и въ области правой почки. Прощупать что либо черезъ брюшныя стѣнки изъ-за сильной чувствительности не удается. Печень и селезенка не увеличены. Сердце и легкія нормальны. Гинекологическое изслѣдованіе ничего ненормальнаго не обнаруживаетъ t° 39,5°. Ord.: опій и ледъ.

2/iv. t° утр. 38,7. Пульсъ 96. Спала плохо. Стулъ 2 раза, жидкій. Животъ немного вздутъ, особенно въ области слѣпой кишки. Въ подвздошно-слѣпой области небольшая чувствительность. Сильная болѣзненность и небольшое выпячиваніе въ области правой почки. Моча безъ бѣлка и сахара, въ осадкѣ эпителіальныя клѣтки и единичные цилиндры. t° вет. 38,8.

3/iv. t° утр. 38,9. Пульсъ 92. Спала хорошо. Стулъ нормальный. Сегодня отняли отъ груди ребенка. Въ правой половинѣ живота тотчасъ надъ линіей, соединяющей sp. ant. sup. съ пупкомъ, прощупывается довольно плотная опухоль съ рѣзко обозначеннымъ внутреннимъ краемъ. Довольно больная болѣзненность при надавливаніи на опухоль надъ crista ilei по l. axillaris ant., внутренній же край не такъ болѣзненъ. При ощупываніи области слѣпой кишки почти каждый разъ получается gargouillement. t° вет. 38,8.

4/iv. t° утр. Пульсъ 84. Языкъ чистый. Ночь спала. Стулъ 2 разъ, жидкій. Животъ не болитъ, не вздутъ и мягкій. Опухоль меньше, напряженіе ея и болѣзненность также уменьшились. Въ области слѣпой кишки легкое gargouillement. Правая грудная железа очень нагрубла. Моча даетъ рѣзкую реакцію на индиканъ. t° вет. 38,2.

5/iv. t° утр. 37,8. Пульсъ 72. Стулъ былъ жидкій. Опухоль, какъ будто, немного увеличилась, но безболѣзненна. При ощупываніи слѣпой кишки gargouillement. Нагрублость груди еще увеличилась. t° вет. 38,7.

6/iv. t° утр. 37,7. Пульсъ 96. Нагрублость груди еще увеличилась. Ночь спала плохо. Стулъ былъ 2 раза, жидкій. Животъ мягкій; черезъ брюшныя стѣнки довольно ясно выдается опухоль. Опухоль увеличилась и доходитъ почти до l. alba. Нижняя же граница остается также на уровнѣ sp. ant. sup. Глубокое замѣленіе. Болѣзненность увеличилась, она стала разлитой по всей опухоли. Перкуторный тонъ притупленно-тимпаническій; gargouillement при ощупываніи не получается. Моча даетъ ясную реакцію на индиканъ. t° вет. 38,6.

7/iv. t° утр. 38,2. Пульсъ 96. Языкъ обложенъ больше. Ночь спала плохо. Стулъ былъ 1 разъ, жидкій. Схваткообразныя боли въ области опухоли, которая почти тѣхъ же размѣровъ, но болѣе болѣзненна, особенно сзади въ поясничной области.

Подъ наркозомъ хлороформомъ (50,0) произведена боковая лапаротомія. Разрѣзъ почти отъ реберного края по передней подмышковой линіи косо внизъ и внутрь пальца на 2 отъ sp. ant. sup. и пальца же на 2 ниже ея. По раз-

сѣченія брюшиннаго листка оказалось, что послѣдній не сросшись съ подлежащими петлями кишекъ, которыя были вплотную склеены между собою и съ восходящей толстой и слѣпой кишкою; подъ ними прощупывалась опухоль. По введеніи отграничивающихъ тампоновъ, слѣпая и начальная часть восходящей толстой кишки тупо отдѣлены отъ боковой брюшной стѣнки, но гнойника здѣсь не обнаружено. Тогда были разорваны очень крѣпкія сращенія между внутренней поверхностью восходящей толстой кишки и прилежащей петлей тонкихъ кишекъ, послѣ чего тотчасъ же показался чрезвычайно вонючій жидкій гной съ примѣсью мелкихъ фибринозныхъ сверточекъ. Вмѣстѣ съ гноемъ былъ удаленъ довольно большой кусокъ омертвѣвшей клѣтчатки. При изслѣдованіи пальцемъ полости гнойника вскрытъ второй гнойникъ, отдѣльный отъ перваго. Всего гною вытекло около $1^1/_2$ стакана. Полость гнойника лежала внутри отъ восходящей толстой кишки подъ нею и подъ мѣстомъ впаденія подвздошной кишки въ слѣпую кишку и подъ прилежащими петлями тонкихъ кишекъ. Вскрытъ же гнойникъ выше впаденія подвздошной кишки въ слѣпую кишку. Гнойникъ спускается нальца на 2 ниже sp. ant. sup. и поднимается вверхъ почти до задняго края печени. Найти червеобразный отростокъ среди сращеній не удалось, хотя въ нижней части гнойника прощупывался плотный тяжъ, крѣпко сросшенный съ окружающими частями. Въ полости гнойника введены асептическіе тампоны. Поверхъ сухая асептическая повязка. t° вечъ. 37,8.

Вскорѣ послѣ операціи t° спала до нормы. Первые дни были схваткообразныя боли живота. Первый стулъ послѣ клизмы на 4-й день послѣ операціи (11/IV) Первая перевязка 12/IV.

При второй перевязки сдѣлано противоотверстіе сзади по l. scapularis, какъ разъ надъ crista ilei, введенъ сквозной дренажъ. Вскорѣ стулъ сталъ произвольный. Къ 4/V общая гнойная полость раздѣлилась на двѣ части: верхнюю и нижнюю, такъ какъ толстая кишка опять склеилась съ прилежащими петлями тонкихъ кишекъ. Верхняя полость меньшихъ размѣровъ и ограничена брюшными стѣнками и петлями кишекъ; нижняя—большихъ размѣровъ; въ послѣднюю вводилась одна только толстая дренажная трубки. Верхняя полость выполнилась весьма быстро. Дренажъ, ведущій въ нижнюю полость, при каждой перевязкѣ укорачивался (см. Рис. 32).

25/VI. Больная выписалась съ рубцомъ на мѣстѣ передней раны въ 10 стм. длиною и въ 1 стм. шириною; сзади же оставалось небольшая грануляционная поверхность. Никакого вылячиванія на мѣстѣ рубца. Стулъ ежедневный и правильный.

№ 60. *Анна Смир*, солд., 47 л. Поступила въ больницу 29 іюля 1898 года. Выписалась 3 октября.

Anamn. Заболѣла внезапно ночью съ 21 на 22 іюля коликообразной болью подъ ложечкой, озноб омъ и тошнотой. Въ этотъ день утромъ былъ нормальный

стулъ, со времени же болѣзни стулъ сталъ задержаннымъ; 23 или 24-го больная принимала касторки, послѣ которой просвѣтило, но боли нисколько не стихли. Послѣдній стулъ 28-го іюля нечеромъ. Боль живота держалась все время до поступленія въ больницу сначала по всему животу, а затѣмъ ограничилась правой подложиной. Все время тошнило, но рвоты ни разу не было. Стулъ также былъ задержанъ, t°, по словамъ больной, была 23-го іюля въ 40°. Больная пыталась оставаться на ногахъ, но скоро ослабѣла. Climacterium около 3 лѣтъ. Рожала 9 разъ и 1 разъ выкинула. Въ правую сторону живота больная по назначенію врача втирала сѣрую мазь. Лѣвосторонняя грыжа около 15 лѣтъ.

St. pr. Больная выше средняго роста, крѣпкаго тѣлосложенія. Языкъ обложенъ, влажный. Пульсъ 80, дых. 36, поверхностное. Животъ не вздутъ, мягкій, справа прощупывается опухоль, въ кулакъ величиною, поднимающаяся изъ правой подвздошной ямки до уровня пупка. Опухоль крайне болѣзненна при малѣйшемъ дотрогиваніи. Перкуторный тонъ надъ нею притупленно-тимпаническій. t° 38,8°. Ord.: олій и лехъ.

30/VII. t° утр. 37,5. Пульсъ 90, Дых. 42, поверхностное. Боли понрежему. Ночь спала плохо. Стула не было. Болѣзненность живота и опухоль справа безъ измѣненій. Брюшныя стѣнки напряжены болѣе чѣмъ вчера.

Подъ хлороформомъ наркозомъ произведена нами операція обычнымъ разрѣзомъ для перитифлита на 2—3 пальца кнаружи отъ sp. ant. sup. и пальца на 3 выше сп. Предбрюшинная клѣтчатка сильно пропитана сероэной жидкостью; но вскрытіи брюшины введены кверху, внутри и книзу отграничивающіе тампоны. Стѣнки слѣпой и восходящей кишки сильно утолщены, инфильтрированы. Наружная поверхность слѣпой кишки плотно приклеена къ боковой стѣнкѣ таза. По отдѣленіи слѣпой кишки отъ боковой стѣнки, показался гной изъ подъ слѣпой кишки. Гной густой и вонючій, въ количествѣ около $1^1/_2$ стакана. Полость гнойника неправильна, съ отдѣльными перегородками и тяжами. Найти черв. отростокъ не удалось. Тампоны, сух. новязка. t° веч. 37,5.

31/VII. t° утр. 37,5. Пульсъ 72. Дых. 36. Самочувствіе удовлетворительно; животъ немного вздутъ, болѣзненъ справа. Вѣтры отходятъ. Ни рвоты, ни тошноты нѣтъ. t° веч. 37,4.

Послѣопераціонное теченіе гладкое. t° нормальная. Перевязки черезъ 2—3 дня. Стулъ былъ задержанъ и вызывался клизмами.

3/x. Выписала съ поверхностною линейною грануляцирующею раною.

№ 61. *Анна Данил.*, кр., жѣв., 21 г. Поступила въ больницу 11 декабря 1898 года. Выписалась 17 апр. 1899 г.

Anamn. Больна $1^1/_2$ недѣли. Наканунѣ болѣзни была на именинномъ обѣдѣ. Болѣзнь началась болью всего живота и рвотою; рвота на слѣдующій день не повторялась; стулъ былъ въ декабрѣ нормальный, съ тѣхъ поръ стула не было ни разу и боль локализировалась въ области слѣпой кишки. На второй день болѣзни

была поставлена клизма, оставшаяся безъ результата. Menses черезъ 4 недѣли по 3 дня.

St. pr. Сложеніе и питаніе отличныя. Языкъ обложенъ сѣроватымъ налетомъ. Аппетита нѣтъ; дурной вкусъ во рту. Сердце въ нормальныхъ границахъ, тоны чисты: 2-ые тоны на aorta и art. pulm. нѣсколько акцентированы. Легкія нормальны. Животъ не напряженъ, но вздутъ. Въ правой подвздошной области и въ mesogastrium при ощупываніи получается резистентность, при перкуссіи—притупленіе. Ощупываніе не очень болѣзненно. При ближайшемъ ощупываніи получается впечатлѣніе утолщеной colon ascendens. Печень и селезенка не увеличены. t° 37,4. Ord.: опій и ледъ.

18/хп. t° утр. 36,4. Пульсъ 92. Больная жалуется на усиленіе боли въ правой подвздошной области. Языкъ обложенъ. Опухоль живота, какъ будто, стала нѣсколько мягче. Colon transversum et descendens переполнены каломъ. Стула не было. t° веч. 37,2.

19/хп. t° утр. 37,0. Пульсъ 96. Боли уменьшились; языкъ обложенъ. Тоны сердца чисты, акцентъ 2-го тона на art. pulmonalis. Опухоль живота начинаетъ ограничиваться. При ощупываніи мѣстами вызывается сильная боль. Стула не было. Моча уд. в. 1,010, реакція щелочная, бѣлка, сахара и индикана нѣтъ. Стулъ былъ послѣ клизмы, обильный. t° вет. 37,2.

20/хп. t° утр. 37,0. Самочувствіе удовлетворительно. Боли только при ощупываніи, но гораздо слабѣе, чѣмъ были. Языкъ обложенъ. Опухоль живота in statu quo ante. Стула не было. t° вет. 37,2.

21/хп. t° утр. 36,6. Пульсъ 92. Самочувствіе удовлетворительно. Языкъ очищается. Опухоль живота уменьшается; болѣзненность при ощупываніи еще существуетъ. Тоны сердца чисты. Стула не было. t° вет. 37,4.

22/хп. t° утр. 36,7. Пульсъ 100. Сегодня болѣзненность при ощупываніи нѣсколько острѣе. Языкъ обложенъ. Жалуется на головную боль. Опухоль уменьшается. Стула не было. Послѣ клизмы былъ стулъ. t° веч. 37,4.

23/хп. t° утр. 37,2. Самочувствіе удовлетворительное. Головная боль прошла. Языкъ обложенъ. Опухоль живота уменьшается, но становится болѣзненнѣе. Флюктуаціи нѣтъ. Стула не было. t° веч. 37,9.

24/хп.t° утр. 37,8. Общее состояніе хорошее. Стула не было, животъ мягкій. Опухоль почти безболѣзненая, круглая, съ рѣзко очерченными границами, лежитъ на высотѣ sp. ant. sup., немного отстоя отъ нея; между Пупартовой связкой и опухолью свободная полоса. Перкуторный тонъ надъ опухолью притупленно-тимпаническій. t° вет. 38,1.

25/хп. t° утр. 37,7. Пульсъ 96. Стула не было; опухоль замѣтно увеличилась и стала болѣе болѣзненной. t° веч. 38,3.

26/хп. t° утр. 37,6. Опухоль немного уменьшилась и менѣе болѣзненна. Былъ правильный стулъ. Подъ наркозомъ хлороформомъ произведена нами операція разрѣ-

зомъ, обычнымъ для перитифлита. Нижнія слои спаяны между собою и отечны. Вскрытъ, гнойникъ съ куриное яйцо величиною. Отыскать червеобразный отростокъ среди склеекъ не удалось. Гной густой, съ мелкими фиброзными сгустками, чрезвычайно вонючій; гнойникъ лежитъ кнаружи отъ слѣпой кишки. Тампонада и повязка съ асептическая повязка. t° вет. 38,1.

27/хп. t° утр. 37,0. Общее состояніе хорошее. Ни тошноты, ни рвоты нѣтъ. Животъ мягкій. t° вет. 38,2.

На слѣдующій день t° опустилась до нормы. Послѣоперационное теченіе гладкое. Перевязка черезъ 3—4 дня. Стулъ вызывался клизмами. 20-го марта рана зажила. 1 апрѣля наложены нами обычнымъ порядкомъ вторичные швы.

16 апрѣля больная выписалась.

№ 62. *Марія Пик.*, кресть., вд., 66 л. Поступила въ больницу 2 января 1899 г. *Умерла* 2 февр.

Anamn. Заболѣла 5 дней тому назадъ рѣзью въ животѣ, запоромъ, рвотой при принятіи пищи, общей слабостью. Въ больницѣ въ 1-ый разъ; особенныхъ болѣзней не отмѣчаетъ, только одно лѣто страдала лихорадкой. Небольшія геморроидальныя шишки. Climacterium около 25 лѣтъ.

St. praes. При ощупываніи живота болѣзненъ, особенно съ правой стороны подъ области слѣпой кишки, гдѣ прощупывается опухоль, занимающая всю подъ области слѣпой кишки и не доходящая до пупка размѣра на $3^1/_2$. Перкуторный вздошно-слѣпую яму и не доходящая до пупка размѣра на $3^1/_2$. Перкуторный тонъ надъ опухолью притупленный.—Печень увеличена, селезенка нормальной величины. Тошноты и рвоты не было, также и стула. Общая слабость, отсутствіе аппетита. t° 37,2. Пульсъ 104.

4/і. t° утр. 36,7. Пульсъ 108. Послѣ слабительнаго былъ стулъ. Тошноты и рвоты нѣтъ. Опухоль ясно прощупывается, очень болѣзненна. t° веч. 37,6.

5/і. t° утр. 36,2. Пульсъ 96. Послѣ слабительнаго былъ стулъ. Опухоль очень болѣзненна при ощупываніи и даетъ въ глубинѣ флюктуацію. Отъ предложеной операціи наотрѣзъ отказывается. t° вет. 37,2.

6/і. t° утр. 36,4. Пульсъ 98. Больная чувствуетъ себя лучше, болѣзненность меньше, опухоль же, наоборотъ, увеличивается и занимаетъ уже подвздошную область до уровня пупка. Слабило 3 раза. t° веч. 37,2.

7/і. t° утр. 36,8. Опухоль еще увеличилась и доходитъ до срединной линіи, хотя болѣзненность небольшая. Сегодня больная дала согласіе на операцію.

Подъ наркозомъ хлороформомъ (10,0) произведена нами операція обычнымъ разрѣзомъ для перитифлита; поперечная фасція и брюшина отечны. Въ области разрѣза предлежали петли тонкихъ кишекъ, сильно инъецированныхъ и скленныхъ между собою и съ пристѣночной брюшиной фибринозными склейками. По разрывѣ склеекъ между петлями кишекъ и боковымъ пристѣночнымъ листкомъ брюшины показался густой, чрезвычайно вонючій гной. Вытекло гноя около $^1/_2$ стакана. Полость гнойника, ограниченная скленвшимися петлями тон-

кихъ кишекъ, идетъ болѣе въ полость малаго таза. Червеобразнаго отростка не удалось найти. Полость затампонирована. Сухая повязка. t° веч. 38,5.

Послѣопераціонное теченіе первые дни шло гладко: t° опустилась до нормы, самочувствіе и общее состояніе было хорошее. Стулъ почти нормальный.

13/I. t° веч. поднялась до 38,2, появился небольшой кашель; при перевязкѣ же оказалось большое скопленіе гноя. До 26/I t° иногда поднималась до 38,0—37,6. Общее состояніе оставалось удовлетворительнымъ.

16/I. Появился во рту soor.

20/I. Появился боли въ задненъ проходѣ при испражненіяхъ отъ воспаленныхъ геморроидальныхъ кишекъ. Кашель изо дня въ день увеличивался. Также стали появляться боли живота.

26/I. t° утр. 37,4. Пульсъ 100. Съ вечера боли живота значительно обострились, особенно слѣва, утромъ же сегодня появилась рвота. Стула не было. Животъ не вздутъ, но сильно болѣзненъ надъ мочевымъ пузыремъ и въ лѣвой подвздошной ямкѣ. Перевязка: гноя не особенно много; но онъ—съ газами и съ примѣсью кала. t° вет. 36,7.

27/I. t° утр. 36,4. Пульсъ 110 — 120. Сегодня опять была рвота. Животъ болитъ меньше, но вздутіе увеличилось. Стула не было, вѣтры не отходятъ. Перевязка: гноя не много, имѣется примѣсь твердыхъ каловыхъ комковъ. t° вет. 36,8.

Слѣдующіе 4 дня t° оставалась нормальной, общее состояніе также, какъ будто, стало улучшаться, но кашель продолжался попрежнему, и появился частый поносъ.

1/II. t° утр. 36,7. Пульсъ 120, малый. Больная слаба. Кашель. Въ легкихъ всюду слышатся хрипы. t° веч. 36,4.

2/II. t° утр. 36,4. Пульсъ едва считается. Больная слаба; дыханіе затруднено, всюду слышатся влажные хрипы. Въ 9 ч. веч. exitus.

Протоколъ вскрытія (прив. доц. А. Ив. Моисеевъ).

Сердечная мышца дрябла, желтаго цвѣта, мутна. Клапаны и большіе сосуды безъ измѣненія. *Плевра* у нижняго края нижней доли праваго легкаго покрыта фибринознымъ налетомъ, на разрѣзѣ *легкаго*, соотвѣтственно этому мѣсту, находится уплотненіе перенхимы *клиновидной формы*, желтаго цвѣта, зернистой поверхности, содержитъ въ центрѣ гнойничекъ. Въ общемъ легкія эмфизематозны и полнокровны. *Селезенка* немного увеличена; пульпа ея слегка выскабливается. *Печень* на разрѣзѣ желтаго цвѣта, границы между дольками сглажены, ткань мутна. Въ *почкахъ* наблюдается тоже помутнѣніе ткани. *Петли кишекъ* сращены съ передней брюшной стѣнкой рубцовыми перепонками сѣраго цвѣта. Въ области *слѣпой кишки* кзади и кнаружи находится ограниченная полость, содержащая густой гной; полость эта образована плотными сращеніями со слѣпою кишкою, петлями подвздошной кишки и задней стѣнкой живота. Въ этой полости находится *червеобразный отростокъ*, разрушенный на двѣ половины съ зіяющимъ просвѣтомъ ихъ. Периферическая половина омертвѣла; слизистая же центральнаго отрѣзка замѣтныхъ измѣненій не представляетъ. Малый тазъ, а также лѣвая подвздошная область выполнены большимъ количествомъ густого гноя, обнаруживающагося при отдѣленіи сросшенныхъ петель кишекъ; въ верхнихъ отлогихъ частяхъ гной не содержится. *Мочевой пузырь* сокращенъ; слизистая его утолщена, мѣстами темнокрасная цвѣта. *Матка* нормальной величины; эндотелій темнокрасная цвѣта. *Правая Фаллопіева труба* значительно расширена, спирально извивается, слегка сросшена съ parametrium; при вскрытіи ея вытекаетъ значительное количество густого зеленаго гноя; лѣвая Фаллопіева труба не расширена, гной не содержитъ. Оба яичника крайне малы, атрофированы. Въ Дугласовомъ пространствѣ содержится гной.

Diagn. anatom. Degeneratio parenchymatosa musc. cordis. *Pneumonia purulenta circumscripta* lobi infer. pulm. dext. Hyperpl. acuta lienis gradus parvi. Degeneratio parenchym. hepatis et renum. *Peritonitis adhaesiva chronica et acuta purulenta circumscripta. Appendicitis perforativa. Pyosalpinx dext.* Endometritis haemorrhagica.

№ 63. *Хая Шел.*, мѣщ., дѣв., 18 л. Поступила въ больницу 4 января 1899. Выписалась 25 марта.

Anamnesis: Mens. на 14-го году, черезъ 4 недѣли по 6 дней, съ сильною болью передъ началомъ; послѣдняя въ срокъ 14—20 дек. Заболѣла 3 дня назадъ болью во всѣхъ животѣ и запоромъ; послѣ пріема касторки хорошо прослабило на другой день утромъ. Боли продолжаются до сихъ поръ. Моча съ рѣзью со вчерашняго вечера. Рѣзей не было.

St. pr.: Больная средняго роста, правильнаго сложенія. Животъ нѣсколько вздутъ, повышенная резистенція въ области слѣпой кишки, при пальпаціи сильная болѣзненность тамъ же. Per vaginam: Virgo intacta, матка не большая, въ anteflexio, подвижна, нечувствительна; шейка короткая, коническій формы, съ маленькимъ круглымъ отверстіемъ. Выдѣленія скудныя, слизистыя, t° 37,6. Ord.: опій и лечь.

5/I. t° утр. 38,2. Стулъ задержанъ, жалуется на сильныя боли въ боку и сзади въ области почки. Моча, выпущенная катетромъ, въ 7 ч. утра, мутна, даетъ обильный красный осадокъ, рѣзко кислой реакціи; бѣлка нѣтъ. t° вет. 38,7.

6/I. t° утр. 38,2. Пульсъ 106. Боли внизу живота справа,—особенно, гдѣ инфильтратъ. Животъ вздутъ, немного напряженъ; на низъ не было.

4/I. t° утр. 37,8. Пульсъ 118. Сегодня животъ болитъ больше. Рвоты не было. Стула не было. Животъ не вздутъ, но напряженъ, особенно справа, гдѣ на уровнѣ sp. ant. sup. прощупывается опухоль, въ кулакъ величиною, крайне болѣзненная, особенно надъ crista ilei. Перкуторный тонъ притупленно-тимпанической. Регулы.

Подъ хлорофориымъ наркозомъ произведена нами боковая лапаротомія. Разрѣзъ типичный для перитифлита. Въ нижней половинѣ разрѣза поперечная фасція и брю-

шина отечны и сращены между собою. Почти по всей длинѣ разрѣза вскрыта свободная брюшная полость съ предлежащими петлями тонкихъ кишекъ. По введеніи въ свободную брюшную полость отграничивающихъ тампоновъ, приступлено къ отдѣленію петель кишекъ отъ боковой брюшной стѣнки, послѣ чего вскорѣ показался густой гной въ небольшомъ количествѣ и вмѣстѣ съ нимъ выкатился каловой камень, около $1^1/_2$—2 стм. длиною и въ $^1/_2$ стм. въ поперечникѣ. Камень мягкій, легко раздавившійся между пальцами; инпакого ядра не оказалось. При дальнѣйшихъ разрѣзкахъ склеекъ еще удаленъ гной, около 1 столовой ложки. На мѣстѣ камня имѣлась гангренозно-распавшаяся ткань, вѣроятно, остатокъ червеобразнаго отростка. Полость гнойника неправильной формы, ограничена склеенными петлями тонкихъ кишекъ. Тампоны въ полость гнойника. Поверхъ сухая асептич. повязка. t^0 веч. 38,2.

8/I. t^0 утр. 37,4. Пульсъ 90. Вчера была рвота. Сегодня рвоты нѣтъ. Языкъ обложенъ. Жалуется на сильныя боли живота. Животъ немного вздутъ, очень болѣзненъ во всей правой половинѣ. t^0 веч. 37,8.

Послѣопераціонное теченіе гладкое; t^0 нормальная. Стулъ былъ задержанъ.

28/и раны зажили.

1/III наложены нами вторичные швы обычнымъ порядкомъ съ поверхностнымъ насѣченіемъ рубца безъ вскрытія брюшной полости.

8/III швы сняты. Первичное натяженіе.

24/III. Больная выписана.

№ 64. *Анна Алек.*, кр., дѣв., 20 л. Поступила въ больницу 17 января 1900 г. Выписалась 26 марта 1900 года.

Anamn. Захворала болью въ животѣ въ понедѣльникъ 10/I; рвота была только въ началѣ болѣзни. Со слѣдующаго дня поносъ. Заболѣла въ первый разъ. До сихъ поръ не было ни запоровъ, ни болей. Регулы правильныя; нѣсколько дней т. и. начались.

St. pr. Больная высокаго роста, хорошаго тѣлосложенія и питанія. Анэмична. Животъ слегка вздутъ, болѣе рѣзко въ правой сторонѣ внизу, гдѣ при ощупываніи констатируется болѣзненный инфильтратъ въ видѣ опухоли яйцевидной формы, величиною съ кулакъ. Опухоль доходитъ почти до пупка. Надъ опухолью притупленно-тимпаническій тонъ. Стула со вчерашняго дня не было. Рвоты нѣтъ. Языкъ обложенъ. t^0 веч. 37,7.

18/I t^0 утр. 36,5. Стула не было. Боли появляются схватками. Газы отходятъ. Опухоль безъ измѣненій и также болѣзненна. t^0 веч. 37,5.

19/I. t^0 утр. 36,9. Послѣ клизмы прослабило, боли въ опухоли меньше. t^0 веч. 37,8.

20/I. t^0 утр. 37,9. Животъ вздутъ. По временамъ спазмы. Стула не было; опухоль in statu quo. t^0 веч. 38,4.

21/I. t^0 утр. 37,9. Боли въ опухоли попрежнему. Опухоль выдается болѣе

рельефно. Матка подвижна и не имѣетъ связи съ опухолью. Въ правомъ сводѣ прощупывается въ видѣ тяжа правая труба, идущая по дну инфильтрата. Матка смѣщена немного влѣво и вадо, находится въ состояніи легкой ретрофлексіи. t^0 веч. 38,2.

22/I. t^0 утр. 37,1. Больная чувствуетъ себя лучше. Боли въ опухоли нѣсколько меньше. Опухоль плотна и напряжена. Вчера хорошо прослабило послѣ клизмы. При ощупываніи опухоли весьма ясно слышится своеобразный *хлесть*, похожій на описанный Naumann'омъ.

23/I. t^0 утр. 36,4. Вчера и сегодня хорошо прослабило. Опухоль менѣе болѣзненна и нѣсколько уменьшилась, но хлесть при ощупываніи слышится весьма ясно. t^0 веч. 37,1.

24/I. t^0 утр. 36,8. Опухоль in statu quo, но мало болѣзненна. Стулъ былъ. t^0 веч. 39,4.

25/I. t^0 утр. 38,3. Стула не было. Опухоль замѣтно увеличилась, хлесть при ощупываніи такой же громкій, какъ ранѣе. Общее состояніе значительно ухудшилось, но отъ операціи больная отказывается. Особенныхъ болей въ опухоли нѣтъ. t^0 веч. 38,4.

26/I. t^0 утр. 38,2. Послѣ клизмы вчера вечеромъ прослабило плохо, но не явились тошнота и рвота и общее состояніе еще болѣе ухудшилось. Боли по всему животу. Подъ лежечкой. Больная согласна на операцію. Подъ хлорэфиромъ (35,0) сдѣлана операція (Пр. И. Грековымъ). Разрѣзъ для перитонита. Отекъ инфильтраціи мышцъ, плотное сращеніе. Гнойникъ оказался внутрибрюшинимъ. По вскрытіи брюшины вылилось около 3 столовыхъ ложекъ вонючаго гноя *съ газами*. Гнойникъ ограниченъ, но состоитъ изъ многихъ кармановъ. Тампонада; сухая повязка. t^0 веч. 37,8.

27/I. t^0 утр. 37,7. Вчера весь день рвало, сегодня рвоты нѣтъ. Животъ безболѣзненъ. Боли въ лѣвомъ боку. t^0 веч. 37,5.

Первые пять дней t^0 было повышалась до 38,4° при явленіяхъ катарральной инфекціи, затѣмъ опустилась до нормы и послѣопераціонное теченіе пошло гладко. Перевязки черезъ 2—3 дня. Первое время былъ каловой свищъ, закрывшійся черезъ нѣсколько дней. Стулъ вызывался клизмами.

20/III рана зажила.

25/III. Больная выписана съ линейнымъ рубцомъ безъ слѣда эвентраціи.

№ 65. *Марія Мар.*, мѣщ., дѣв., 24 л. Поступила въ больницу 21 февраля 1899 года. Выписалась 16 іюня.

Anamn. Въ анамнезѣ хроническое легочное заболѣваніе и неопредѣленные признаки гастрическаго характера. Дней 6 назадъ внезапная боль всего живота, которая потомъ локализовалась въ правой половинѣ. Вначалѣ была рвота. Стулъ послѣ клизмы. t^0 была свыше 39°. Инфильтратъ справа послѣдній день увеличился.

St. pr. Животъ умѣренно вздутъ. Въ правой половинѣ, ближе къ средней

линіи, надъ Пупартовой связкой прощупывается болѣзненный инфильтратъ. Въ остальныхъ частяхъ животъ почти безболѣзненъ. Подвздошно-слѣпая ямка свободна. За послѣдній день боль при давленіи въ поясничной области. Рвоты нѣтъ. Газы изрѣдка отходятъ. Стула нѣтъ. Мочеиспусканіе въ первый день болѣзненное. Въ обѣихъ верхушкахъ легкихъ притупленіе, выдохъ и хрипы.

21/п. t° веч. 36,8. Операція (Г. Ф. Цейдлеръ) подъ хлороформомъ; разрѣзъ для инфильтрата немного кнутри. Вскрыта брюшная полость, совершенно нормальная, въ разрѣзѣ предлежала слѣпая кишка, къ внутренней сторонѣ которой крѣпко припаянъ сальникъ. Подъ сальникомъ и слѣпой кишкой прощупывается инфильтратъ. Введены въ брюшную полость отграничивающіе тампоны. Срощенія разорваны, послѣ чего вскрытъ большой гнойникъ, содержащій газы и чрезвычайно вонючій гной. Полость большая, заходитъ подъ слѣпую кишку и кзади въ поясничную область. Книзу полость доходитъ до входа въ малый тазъ. Здѣсь разорваны пальцами склейки и вскрыта вторая большая полость въ тазу. Введены тампоны. Сухая повязка. Операція перенесена хорошо.

22/п. t° утр. 37,3. Пульсъ 96. Рвоты не было. Вѣтры не отходятъ. Общее состояніе удовлетворительно. t° веч. 37,1.

Первое время послѣопераціонное теченіе шло довольно тяжело. t° всѣ дни была повышена, иногда до 39° и даже до 40°.

25/п. При перевязкѣ удаленъ большой кусокъ омертвѣвшей клѣтчатки и каловой камень.

3/ш. При перевязкѣ обнаружены большіе затеки въ поясничной области и вверхъ къ печени.

5/ш. Подъ хлороформнымъ наркозомъ сдѣлано противоотверстіе въ поясничной области подъ 12-мъ ребромъ, что дало возможность прекрасно дренировать рану сквознымъ дренажемъ.

Съ тѣхъ поръ t° опустилась, хотя все еще держалась подлихорадочно отъ 37,7 до 38,2, что объяснялось также легочнымъ процессомъ, хотя и со стороны раны выполненіе грануляціями шло весьма медленно. Только спустя 3½ мѣсяца (15/vi) больная выписалась, но еще съ глубокими свищами, при общемъ, однако, хорошемъ состояніи здоровья и при нормальной температурѣ.

№ 66. *Алекс. Коман.*, крест., замужн., 40 лѣтъ. Поступила въ больницу 30-го мая 1899 г. *Умерла* 27-го іюня.

Anamn. Съ 14-го мая страдаетъ болью въ животѣ. 2-й день рвота и поносъ. Потеряла голосъ 3 дня тому назадъ. 2 года тому назадъ пролежала съ рвотой въ Обуховской больницѣ 1 мѣсяцъ.

St. pr. Больная средняго тѣлосложенія и питанія. Языкъ немного обложенъ. Насморка не было. Границы сердца нормальны, тоны чисты. Животъ вздутъ и болѣзненъ, особенно сильно внизу. Печень на 2—3 пальца выходитъ за край

реберъ. Селезенка не увеличена. Въ легкихъ нѣсколько сухихъ хриповъ. Стулъ ночью былъ 3 раза. t° веч. 39,0. Ord.: ol. ricini. Компрессъ на животъ.

1/vi. t° утр. 37,2. Пульсъ нитевидный. Больная слаба. Ціанозъ губъ и конечностей. Ночью былъ частый поносъ. Вчера была рвота. Сильная болѣзненность внизу живота. Небольшое вздутіе и напряженіе. Per vag.: боковые своды свободны; никакой опухоли не опредѣляется, пункція задняго свода дала жидкій вонючій гной. Подъ эйканномъ (12 правацев. шприцевъ 1%-наго раствора) сдѣланъ (М. М. Крюковымъ) разрѣзъ по linia alba отъ пупка до лобка; разрѣзъ кожи умѣренно болѣзненъ, брюшины болѣзненъ, а равно и послѣдующія манипуляціи. Пристѣночная брюшина рѣзко инфильтрирована; по вскрытіи брюшины открылись спаянныя между собой и въ нижней части раны съ передней брюшной стѣнкой петли тонкихъ кишекъ; пальцемъ кишки раздѣлены въ нижней части раны; когда палецъ ощупалъ матку, то подъ дномъ ея и кзади склейки были разорваны и вскрытъ гнойникъ, величиной съ апельсинъ; отсюда вышелъ вонючій гной. Лѣвая труба не утолщена и маточный конецъ ея освобожденъ, а наружный спаянъ; у праваго угла матки идетъ инфильтратъ и склейки къ слѣпой кишкѣ, около послѣдней также довольно плотныя склейки. Тампонада брюшной полости; задній сводъ проткнутъ корнцангомъ и выведенъ сквозной тампонъ въ рукавъ. Сухая повязка. t° веч. 36,4.

2/iv. t° утр. 36,0. Послѣ операціи ни разу не рвало; ціанозъ исчезъ; пульсъ 100, довольно полный. Боли въ животѣ почти совсѣмъ исчезли. Стула не было. t° вечер. 36,0.

3/vi. t° утр. 36,5. Пульсъ 92, хорошій. Животъ не болитъ; стула не было; мочится больная сама. Рвоты и тошноты нѣтъ. t° веч. 36,8.

4/iv. t° утр. 36,6. Тошноты и рвоты нѣтъ; ночью стулъ довольно жидкій, раза три, но понемногу. Пульсъ хорошій. Перевязка: тампоны перемѣнены, влагалищный сквозной тампонъ замѣненъ дренажемъ. t° веч. 38,0.

5/iv. t° утр. 38,0. Слабило одинъ разъ вчера, второй разъ сегодня; животъ не болитъ. t° веч. 39,2.

6/iv. t° утр. 37,8. Слабило утромъ три раза жидко и понемногу. Общее состояніе довольно хорошее; болей въ животѣ нѣтъ Появился аппетитъ. t° вечеромъ 39,0.

7/iv. t° утр. 37,8. Перевязка: тампоны пропитаны вонючимъ гнилостнымъ гноемъ. t° веч. 39,0.

8/iv. t° утр. 37,5. Слабило жидко три раза. Животъ не болитъ. t° веч. 38,5.

9/iv. t° утр. 38,1. Слабило три раза. Перевязка: Рана грязная и вонючая; тампоны пропитаны ихорознымъ гноемъ. Сухая повязка. t° веч. 39,0.

Въ дальнѣйшемъ теченіи, хотя мѣстныя явленія шли къ улучшенію, именно полость очищалась и выполнялась грануляціями, но общее состояніе ухудшалось съ каждымъ днемъ и послѣдніе дни поносъ сталъ частымъ и упорнымъ.

27/iv больная умерла.

Протоколъ вскрытія. Между пупкомъ и symphysis pubis по бѣлой линіи живота находится рана, проникающая въ животъ и закрытая тампонами. Всѣ кишки покрыты сальникомъ, утолщеннымъ и пронизаннымъ миліарными бугорками. Сальникъ рыхло сращенъ какъ съ кишками, такъ и со стѣнками живота; въ полости таза нѣтъ петель кишекъ, въ днѣ его имѣется отверстіе, которое черезъ задній сводъ открывается во влагалище. Въ стѣнкахъ таза находится небольшое количество гноевидной жидкости, смѣшанной съ кровью. При отдѣленіи сальника обнаруживается, что онъ срощенъ также и съ червеобразнымъ отросткомъ; между этими сращеніями содержится гнойная жидкость, грязно-сѣраго цвѣта. Стѣнка червеобразнаго отростка въ нѣсколькихъ мѣстахъ разрушена, какъ бы изрѣзана: края язвъ неровные, краснаго цвѣта. На поверхности peritoneum parietale et viscerale всюду видны миліарные бугорки въ значительномъ количествѣ. На слизистой толстыхъ кишекъ находится нѣсколько поясковъ туберкулезныхъ язвъ. Фолликулы подвздошныхъ кишекъ величиною до конопляного зерна, кажозно перерожденны. Матки и придатки на поверхности также содержатъ миліарные бугорки. Слизистая матка утолщена, розово-краснаго цвѣта. *Lienia* сращены съ грудною стѣнкою старыми ложными перепонками; верхніе доли ихъ сращены, уплотнены, на разрѣзѣ аспидно-чернаго цвѣта, пронизаны миліарными бугорками.

Diagn. anat.: Degeneratio parenchym. musc. cordis. Pneumonia chron. interst. tubercul. Hyperemia venosa lienis. Degeneratio parenchym. renum. *Peritonitis tuberculosa chronica diffusa et purulenta circumscripta. Appendicitis perforatica.* Ulcera tubercul. coli. Lymphadenitis tubercul. intest. ilei. Endometritis chron. fungosa.

№ 67. *Indія Вор.*, дѣвица, 22-хъ лѣтъ. Поступила въ больницу 20-го августа 1899 г. Умерла 9-го сентября.

Anamnesis: 5 лѣтъ назадъ типичный приступъ перитифлита. 3 года назадъ такой же приступъ съ лихорадочными движеніями и съ опухолью (инфильтратомъ) въ области пупка. Инфильтратъ медленно разсосался. Мѣсяца 4 назадъ 3-й приступъ: инфильтратъ по срединой линіи; температурныя колебанія безпрерывныя.

St. pr. Больная истощена и худа. Во внутреннихъ органахъ ничего ненормальнаго. Рвоты нѣтъ. Стулъ ежедневный. На передней стѣнкѣ живота въ области пупка замѣтная для глаза опухоль въ 2 кулака величиною; около пупка покраснѣніе кожи. Вѣлво къ sp. anter. sup. другая опухоль болѣе овальной формы, величиною въ $2^1/_2$ кулака. При постукиваніи тимпанитъ даже надъ опухолями. Остальная часть живота втянутая и безболѣзненная. При ощупываніи опухоли болѣзненны. Полость, повидимому, содержитъ жидкость и газы. Около основанія опухолей плотный инфильтратъ, идущій изъ глубины брюшной полости. Подъ хлороформинмъ наркозомъ произведена операція (Г. Ф. Цейдлеромъ): разрѣзомъ отъ пупка внизъ вскрыта полость, содержащая газы и вонючій гной—подъ кожей. Эта полость сообщается съ другой полостью черезъ дефектъ въ брюшной

мышечной стѣнкѣ около внутренняго края m. recti abdom. sin. Здѣсь полость громадная, окруженная склизными кишками, а вверху мышцами, и распространяющая до подребрья и почти до symphysis. Около наружнаго края m. recti abd. sin. изъ этой полости ведетъ ходъ въ полость, расположенную подъ кожею въ области sp. sup. ant. sinistr. Здѣсь сдѣланы контрапертуры. Тампонада всѣхъ полостей и ходовъ. t^0 вечъ. 37,0.

21/VIII. t^0 утр. 37,0. Небольшая рвота. Животъ безболѣзненъ.

Послѣдующіе дни общее состояніе было довольно удовлетворительно. Перевязка производилась ежедневно, отдѣленіе гноя было обильное. t^0 часто была подлихорадочной.

Вскорѣ стали быстро развиваться явленія истощенія отъ обильнаго нагноенія.

8/IX больная умерла.

Вскрытія не было.

№ 68. *Марія К.*, замужн., мѣщ., 35 лѣтъ. Поступила въ больницу 13-го октября 1899 г. Выписалась 29-го ноября.

Anamn. 7-го октября появились боли живота, главнымъ образомъ справа и въ области пупка. Къ вечеру появился жаръ (39,9°). Въ послѣдующіе дни жаръ продолжался и боли все обострялись, но тошноты и рвоты все время не было. 11-го была поставлена клизма. Запоромъ больная страдаетъ постоянно. $1^1/_2$ года и 3 года тому назадъ были подобные же припадки, но съ упорной рвотой и продолжавшіеся кратковременно (одни сутки). Menses на 14-мъ году. Рожала 8 разъ, послѣдній разъ 1 годъ 8 мѣс. тому назадъ.

St. præs. Больная средняго роста, немного истощена. Животъ не вздутъ и не напряженъ. Въ правой подвздошной ямкѣ прощупывается опухоль, въ кулакъ величиной, очень болѣзненная на ощупь. Опухоль даетъ притупленно-тимпаническій перкуторный тонъ. Остальная часть живота мягкая и безболѣзненная. Языкъ обложенъ. Ни тошноты, ни рвоты нѣтъ. Стула не было 2 дня. Вчера зноблило.

Подъ хлороформомъ сдѣлана нами обычнымъ разрѣзомъ операція перитифлита. Предбрюшинная жировая клѣтчатка отечна; слѣпая кишка приросла къ брюшной стѣнкѣ; гнойники лежатъ кнаружи и кзади отъ слѣпой кишки. Гнойникъ со всѣхъ сторонъ отграниченъ отъ брюшной полости. Полость неправильной формы. Гной около подстакана. Тампонада; асептическая повязка. t^0 вечъ. 37,5.

Послѣопераціонное теченіе гладкое. Перевязка черезъ 2—3 дня. Полость постепенно выполнялась грануляціями. Стулъ вызывался клизмами; только нѣсколько дней былъ поносъ.

29-го ноября больная выписалась съ плотнымъ линейнымъ рубцомъ безъ маленькаго выпячиванія.

№ 69. *Валентина Фил.*, крест., дѣв., 11 лѣтъ. Поступила въ больницу 9-го ноября 1899 года. Выписалась 29-го ноября 1900 года.

Anamn. Заболѣла 6/XI болью живота, постепенно усиливающеюся; стулъ 1 разъ,

жидко, 7-го ноября; съ тѣхъ поръ до 9-го задержанъ; 9-го ноября больная пришла въ лечебницу, откуда и направлена въ больницу.

St. pr. Больная средняго для своего возраста роста, анэмичная и истощенная дѣвочка. Языкъ обложенъ. Ненормальностей въ развитіи скелета не замѣчается. Со стороны легкихъ и сердца ничего особеннаго. Въ правой половинѣ живота параллельно Пупартовой связкѣ на протяженіи верхнихъ двухъ третей ея идетъ продолговатая болѣзненная опухоль. Соотвѣтственно нижней трети Пупартовой связки опухоль не прощупывается и здѣсь получается урчаніе; вверхъ опухоль идетъ до праваго ребернаго края; длина опухоли 15 снтм. Давленіе на опухоль спереди болѣзненно; давленіемъ съ поясничной стороны боль не вызывается. Перкуторный тонъ надъ опухолью притупленъ. Особеннаго вздутія живота нѣтъ. Окружность его на уровнѣ пупка 59 снтм. Положеніе правой ноги вполнѣ разогнуто въ тазобедренномъ и колѣнномъ суставѣ. Стулъ 9-го ноября вечеромъ, нормальной консистенціи, въ незначительномъ количествѣ. Per rectum опухоль не достигается. t° 38,2. Ord.: опій и ледъ.

11/xi. t° утр. 38,3. Пульсъ 92. Языкъ умѣренно обложенъ. Стулъ задержанъ. Вздутія живота нѣтъ. Опухоль въ прежнемъ видѣ. Моча 700 к. с., безъ бѣлка и форменныхъ элементовъ. t° веч. 39,4.

12/xi. t° утр. 38,5. Пульсъ 90. Языкъ обложенъ немного, по краямъ красноватый. Ночь больная провела спокойно. Озноба не было; стулъ задержанъ. Вздутіе живота не увеличилось. Окружность его 57½ снтм. Опухоль вполнѣ рѣзко ограничилась, уменьшилась въ длину на 2—3 снтм., но представляется болѣе выпуклой въ переднезаднемъ направленіи. Болѣзненность живота при давленіи спереди, очень умѣренная и ограничивается областью опухоли. Селезенка незначительно увеличена, не прощупывается. t° веч. 39,0.

13/xi. t° утр. 38,0. Пульсъ 84. Ночь спала. Стула не было. Животъ не вздутъ и не болѣзненъ. Опухоль сверху доходитъ до пупочной линіи, снизу до средины Пупартовой связки, снаружи до sp. ant. sup., кзади до crista ilei и кнаружи не доходитъ до срединной линіи пальца на 2. Опухоль мало болѣзненна, даетъ притупленно-тимпаничный тонъ, переходящій кнаружи въ тупой. Языкъ слегка обложенъ. Самочувствіе вялое. t° веч. 38,3.

14/xi. t° утр. 37,7. Пульсъ 86. Стула не было. Опухоль уменьшилась и ясно не прощупывается изъ-за напряженія стѣнокъ. Животъ втянутъ и безболѣзненъ. t° веч. 38,8.

15/xi. t° утр. 37,4. Пульсъ 72. Самочувствіе удовлетворительное. Опухоль въ прежнемъ видѣ, получается зыбленіе. Стула не было.

Подъ хлороформнымъ наркозомъ (10,0) сдѣлана нами операція обычнымъ косымъ разрѣзомъ. Слои брюшной стѣнки не отечны и не спаяны между собою. Предлежащая слѣпая кишка также не спаяна съ передней брюшной стѣнкой, но спаяна съ боковой. По введеніи отграничивающихъ тампоновъ, слѣпая кишка отдѣлена отъ боковой

стѣнки, послѣ чего тотчасъ же показался вонючій гной. Гною вышло болѣе полустакана. Полость лежитъ позади слѣпой кишки и поднимается вверхъ надъ crista ilei. Тампоны, сухая асептическая повязка. t° утр. 37,0.

16/xi. t° утр. 37,2. Послѣ наркоза больную раза 3 рвало. Одинъ разъ вырвало круглой глистой. Сегодня рвоты нѣтъ. Языкъ немного обложенъ, влажный. Животъ не вздутъ и не болѣзненъ. Аппетита не было.

Послѣопераціонное теченіе гладкое, t° нормальная. Стулъ былъ нормальный. Перевязка черезъ 2—3 дня. 28-го декабря все зажило линейнымъ рубцомъ.

17/xi. Общее состояніе и самочувствіе хорошее.

14/i 1900. t° утр. 36,9. Рубецъ около 10 снтм. длины и 1 снтм. шириною. Подъ хлороформнымъ наркозомъ (35,0) наложены нами вторичные швы: рубецъ изсѣченъ; аноневрозъ наружной косой мышцы и внутренной косой вмѣстѣ съ поперечной мышцей отдѣлены послойно; наложенъ общій погружной шовъ на аноневрозъ и мышцы и поверхностный кожный; сухая повязка. t° веч. 36,4.

22/i. Швы сняты. Первичное натяженіе.

28/i больная выписана, какъ вполнѣ оправившаяся.

№ 70. *Анна Сок.*, 12 лѣтъ, крест., дѣвица. Поступила въ больницу 25-го января 1900 года. Выписалась 27-го марта.

Anamn.: Больная захворала двѣ недѣли тому назадъ. Жалуется на острыя, появляющіяся спазмами боли въ нижней правой половинѣ живота. До заболѣванія, по словамъ больной, она не переносила никакихъ особыхъ болѣзней, а равно въ отправленіяхъ желудочно-кишечнаго тракта не замѣчала особыхъ ненормальностей. Боли появились почти внезапно, повторяясь черезъ извѣстные промежутки времени и имѣя спазмотическій характеръ. Съ первыхъ же дней заболѣванія стулъ сталъ задержаннымъ. Рвоты не было ни разу со дня заболѣванія, а также и тошноты.

St. pr.: Больная средняго для своихъ лѣтъ роста, хорошаго питанія и тѣлосложенія. Болѣзненность сосредоточилась исключительно въ области слѣпой кишки, гдѣ теперь видно возвышеніе; при пальпаціи же прощупывается опухоль, съ кулакъ величиною. Ощущается глубокая флюктуація. При перкуссіи получается притупленный тонъ надъ опухолью и тупой у spina ant. sup. Остальная часть брюшной полости имѣетъ тимпаническій звукъ. t° 38,7. Пульсъ 84. Дыханіе 32. Ord.: опій и ледъ.

26/i. t° утр. 38,0. Опухоль in statu quo. Рвоты и стула не было.

Подъ хлороформнымъ наркозомъ сдѣлана нами операція разрѣзомъ, обычнымъ для перитифлита. Мышцы отечны и инфильтрированы, толстыя срощенія. По вскрытіи нарыва вылилось 3 столовыхъ ложки вонючаго гноя (безъ газовъ). Гнойникъ ограниченъ и состоитъ изъ нѣсколькихъ кармановъ. Корнцангомъ извлеченъ каловый камень, величиной съ лѣсной орѣхъ, въ центрѣ камня ничего не оказалось. Тампонада; сухая повязка. t° веч. 36,9.

27/I. t° утр. 36.9. Самочувствіе удовлетворительное. Боли меньше. Ночью была довольно сильная рвота. Спала плохо. t° веч. 37,4.

Послѣоперационное теченіе гладкое. t° нормальная. Стулъ вызывается клизмами. Перевязка черезъ 2—3 дня.

26-го марта рана зажила линейнымъ рубцомъ и больная выписана.

Черезъ 2 мѣсяца больная вновь поступила въ больницу для наложенія вторичныхъ швовъ на мѣстѣ рубца. Вторичные швы, наложены нами обычнымъ порядкомъ съ поверхностнымъ иссѣченіемъ рубца безъ вскрытія брюшной полости.

№ 71. *Марія Ал.*, 20 лѣтъ, дѣв. Поступила въ больницу 18-го ноября 1899 г., выписалась 4-го апрѣля 1900 г.

Anamn. Заболѣла 9 октября: появились боли подъ ложечкой, распространившіяся на второй день по всему животу и преимуществу справа. Стулъ былъ нормальный. 12-го больная приняла слабительное, послѣ котораго хорошо прослабило и боли немного стихли. До 13-го больная оставалась на ногахъ и лечилась домашними средствами. 13-го октября обратилась къ врачебной помощи и съ этого времени оставалась въ постели. 13-го окт. t° была 40,1°, но на второй день понизилась до 37,7° и съ тѣхъ поръ до поступленія въ больницу держалась между 38,9 и 38,0, изрѣдка опускаясь до 37,5. Внутрь вначалѣ больная принимала опій, затѣмъ calomel и др. лекарства. Первые 4 дня стула не было, а затѣмъ онъ вызывался ежедневно клизмами. Раньше запоровъ не было. Настоящій припадокъ первый. Menses черезъ 3—4 недѣли неправильными періодами: держатся по недѣлѣ, обильныя и очень болѣзненныя, послѣднія во время болѣзни 15-го октября. 13-го ноября появилась рвота, продолжающаяся до поступленія въ больницу.

St. praes. Больная средняго роста, весьма истощена. Животъ вздутый, правая половина отъ sp. ant. sup. вверхъ и кнутри немного выдается на глазъ сравнительно съ лѣвой. При ощупываніи опредѣляется опухоль, лежащая на уровнѣ sp. ant. sup. и поднимающаяся вверхъ, гдѣ доходитъ почти до печени, но всетаки пропупывается отъ нея отдѣльно. Подвздошная ямка непосредственно надъ Пупартовой связкой свободна отъ опухоли. Перкуторный тонъ надъ опухолью притупленъ, а кнаружи совсѣмъ тупой; въ наружныхъ частяхъ получается вибленіе. t° вен. 37,6.

19/XI. t° утр. 37,5. Пульсъ 92. Вчера вечеромъ и ночью были очень частая рвота послѣ каждаго пріема пищи. Стула не было. Животъ вздутый и безболѣзненный. Опухоль in statu quo. t° веч. 37 6.

20/XI. t° утр. 37,6. Вчера была 2 раза рвота.

Подъ хлороформинымъ наркозомъ произведена (Г. Ф. Цейлеромъ) операція разрѣзомъ по передней подмышковой линіи. Вскрытъ внутрибрюшинный гнойникъ, лежащій кнаружи и кзади отъ слѣпой и восходящей кишки. Полость идетъ далеко внизъ

и поднимается вверхъ до печени. Гной густой и вонючій. Тампонада. Сухая асептическая повязка. Больная слаба. t° вен. 37,5.

21/XI. t° утр. 37,1. Пульсъ 126, нитевидный. Вчера послѣ наркоза была частая рвота, продолжающаяся и сегодня, а также частое срыгиваніе и икота. Сильная жажда. Языкъ сухой. Больная очень слаба. t° веч. 37,2. Ord.: Подкожное вливаніе солевого физіологическаго раствора (600,0) и солевыя клизмы черезъ 2 часа.

22/XI. t° утр. 37,5. Вчера къ 6 часамъ слабость достигла крайней степени: пульсъ исчезъ; икота и рвота помнутно. Сегодня общее состояніе значительно лучше. Пульсъ, хотя еще и малый, но считается (110—120). Рвота съ вечера прекратилась. Вчера послѣ промывательнаго хорошо прослабило. t° вен. 37,2.

Въ послѣдующемъ теченіи общее состояніе стало быстро улучшаться. Стулъ былъ задержанъ, а одно время былъ поносъ.

Заживленіе раны шло весьма медленно, особенно подъ конецъ, когда остался одинъ свищъ, долго не закрывавшійся: изъ свища время отъ времени выдѣлялись лигатуры.

Только 4 апр. больная выписалась съ линейнымъ рубцомъ въ 12 стм. длиною и 1½ стм. шириною безъ выпячиванія.

17 апр. больная вновь поступила въ больницу и ей наложены были нами вторичные швы обычнымъ порядкомъ: съ поверхностнымъ иссѣченіемъ рубца и безъ вскрытія брюшной полости.

26 апр. швы сняты. Первичное натяженіе.

6 мая больная выписана.

№ 72. *Марія Щ.*, зам., 57 лѣтъ. Поступила въ больницу 31-го марта 1900 г., выписалась 3-го мая.

Anamn. Заболѣла около 14-го марта: вначалѣ появились вяжу въ правой половинѣ живота небольшія боли, отдававшія въ правую ногу; ни рвоты, ни задержки стула не было. Больная первое время оставалась на ногахъ, но спустя задержки стула не было. Больная первое время оставалась на ногахъ, но спустя недѣлю при нарастающихъ болѣзняхъ слегла въ постель, стулъ ежедневно вызывался клизмами. Въ 1893 году больная была оперирована ради правосторонней ущемленной бедренной грыжи.

St. praes. Больная средняго роста и тѣлосложенія. Въ правой половинѣ живота на уровнѣ sp. ant. sup. прощупывается неподвижная, довольно бугристая опухоль, въ кулакъ величиною; опухоль, повидимому, спаяна съ передней брюшной стѣнкой. У больной имѣется подвижная правосторонняя бедренная грыжа. Грыжевое кольцо свободно пропускаетъ палецъ, который входитъ въ брюшную полость почти весь; при двойномъ исслѣдованіи черезъ кольцо и снаружи получается ощущеніе флюктуаціи опухоли. Остальная часть живота безболѣзненна и не вздута, стѣнки его дряблы. Сердце и легкія нормальны. Per vag.: атрофическія измѣ-

нения половыхъ органовъ; экссудата и связи съ опухолью нѣтъ. t° 37,9°. Пульсъ 92. Дых. 32.

Подъ наркозомъ хлороформомъ (25,0) произведена операція (М. М. Крюковымъ) обычнымъ для перитифлита разрѣзомъ на 1 палецъ кнутри отъ sp. ant. sup.; подкожная клѣтчатка и мышцы отечны, отдѣльные слои спаяны между собою. Вскрыта гнойная полость, величиною въ гусиное яйцо и наполненная вонючимъ гноемъ. Тампонада. Сухая асептическая повязка. t° веч. 38,5.

1/IV. t° утр. 36 4. Больная чувствуетъ себя хорошо; никакихъ перитонеальныхъ явленій нѣтъ. Одинъ разъ была рвота. t° веч. 36,8.

Послѣопераціонное теченіе гладкое. t° нормальная. Стулъ задержанъ и вызывался клизмами.

3/IV. Больная выписана съ поверхностною грануляціонною раною.

№ 73 см. выше.

ЧАСТЬ IV.

Библіографическій Отдѣлъ.

Aarestrup. Aarsberetning fra Kommunehospitalets. 3 Afd. 1869.—Beretning om Kjöbenhavns Kommunehosp. Kjöbenhavn. 1870.

Abbe, R.—Med. Record, v. 47, p. 407, 1895.

— The appendix in the interval. A new method of studying it.—Med. Rec. 10 July, 1897.

— Annals of surgery. V. 25, p. 236, 1897.

— Appendicitis from the medical and surgical points of view.—New-York academy of medicine. Meet. Dec. 6, 1900.

Abbott, F. C. Appendicitis.—St. Thomas's Hosp. Rep. XII, 380, 1895.

— G. E. Appendicitis versus grape seeds.—Med. Rec. May 1, 1897.

Abeille. Du phlegmon retroperitoneal.—Gaz. des hôpitaux, 1854.

Abercrombie. Untersuchungen über die Krankheiten des Magens, Darmkanals.—Aus d. engl. übersetzt v. Wolff. Bonn. 1822.

Aberle. Würtemb. Correspondenzbl. XXXVIII, 1868.

Abernethy. Surgical works. Surg. obs. on chronic and lumbar abscessus.—London, 1815.

Abrahams. Appendicitis complicating pregnancy.—Amer. journ. of obst. v. XXXV, № 2, 1897.

Abrams, A. E. Perityphlitis resulting in abscess; operation; recovery.—Proc. Connect. Soc. N. S. III. № 1, p. 141, 1884.

Adams, F. J. Perityphlitic abscess; incision and drainage; recovery.—Med. Rec. Aug. 7, 1877.

— Ulceration of vermiform appendix.—Northwest Lancet. X, 291, 1890.

Adenot. L'appendicite et le bacterium coli commune.—Compt. rend. soc. de biol. 9, S. III, 740, 1891.

— Traitement chirurgical de quelques cas d'appendicite.—Arch. prov. de chir. IV, p. 11, 1895.

НБ ХНМУ

Curriculum vitae.

Михаилъ Ивановичъ Ростовцевъ, православнаго вѣроисповѣдованія, родился 4-го ноября 1865 г. Среднее образованіе получилъ въ Елецкой гимназіи. Въ 1886 г. поступилъ на Медицинскій факультетъ Московскаго университета, откуда въ 1888 г. перевелся въ Дерптскій (нынѣ Юрьевскій) университетъ на медицинскій же факультетъ. Въ 1893 г. сдалъ экзамены на степень доктора медицины.

Лѣтомъ 1892 г. былъ командированъ въ Нижній-Новгородъ и затѣмъ въ Вятскую губ. на борьбу съ холерой. Съ марта по октябрь 1893 г. состоялъ на службѣ Самарскаго Губернскаго Земства въ качествѣ санитарнаго врача. Съ 1894 г. по іюнь 1901 г. состоялъ на службѣ при С.-Петербургской Городской Женской Обуховской Больницѣ въ качествѣ ассистента при хирургическомъ отдѣленіи. Кромѣ того, въ маѣ—августѣ 1899 г. былъ командированъ Попечительствомъ о Домахъ Трудолюбія въ Вятскую губ., пострадавшую отъ неурожая, а съ августа 1900 г. по май 1901 г.—Главнымъ Управленіемъ, Краснаго Креста на Дальній Востокъ въ качествѣ старшаго врача санитарнаго отряда.

Состоитъ дѣйствительнымъ членомъ: 1) Русскаго Хирургическаго Общества Пирогова, 2) Общества Русскихъ врачей, 3) С.-Петербургскаго Медицинскаго Общества, 4) Русскаго Общества Охраненія Народнаго Здравія и 5) Общества Больничныхъ врачей.

Имѣетъ слѣдующіе печатные труды:

1) «О черномъ волосатомъ языкѣ»—«Больничная Газета Боткина» 1896 г.

2) «Случай наложенія желудочнаго свища по методу Witzel'я при раковомъ съуженіи пищевода».—Тамъ же.

3) «Случай закрытія дефекта передней стѣнки Гайморовой полости (послѣ удаленія раковаго новообразованія) кожнымъ лоскутомъ».—Тамъ же.

4) «Случай вторичной резекціи тонкой кишки и послѣдовательной операціи бедреной грыжи по методу Fabricius'a». Тамъ же.

5) «Къ вопросу объ огнестрѣльныхъ ранахъ желудка и ихъ леченіе».—«Лѣтопись Русской Хирургіи». 1897.

6) «Случай перелома зубного отростка верхней полости и двухсторонняго перелома суставныхъ отростковъ нижней челюсти». —Тамъ же.

7) Ueber die Uebertragung von Milzbrandbacillen beim Menschen von der Mutter auf die Frucht bei Pustula maligna» — Zeitschrift für Geburtsh. und Gynäk. Bd. XXXVII. H. 3 и Comptes-rendus du XII congrès internat. de méd. Moscou 7—14 aoû t. 1897.

8) «О переходѣ сибиреязвенныхъ бациллъ отъ матери къ плоду у человѣка при pustula maligna и о распространеніи ихъ въ органахъ матери».—«Русскій Архивъ Патол., Клин. Мед. и Бактер.» 1898.

9) «Къ казуистикѣ первичнаго рака конечностей».—«Больн. Газ. Боткина». 1898.

10) «Случай колоссальнаго кистовиднаго расширенія ductus choledochi».—«Лѣтопись Русской Хирургіи». 1898.

11) «О леченіи волчанки мышьякомъ».—Протоколъ Общихъ врачеб. Совѣщ. при С.-Петерб. Город. Обух. Больницѣ. 1898.

12) «Къ леченію столбняка». «Врачъ» 1901.

13) «Къ анатоміи слѣпой кишки и червеобразнаго отростка».— Протоколы Зас. С.-Петерб. Медиц. Общества. 1901.

14) «Къ анатоміи червеобразнаго отростка».—Тамъ же.

15) «Случай рѣдкаго осложненія брюшного тифа кровотеченіемъ изъ брыжеечной железы, симулировавшимъ перитифлитъ». —«Больничная Газета Боткина». 1902.

16) «Случай лѣвосторонняго положенія толстыхъ кишекъ и правостороннаго тонкихъ и дивертикулъ Meckel'я».—«Русскій Архивъ Патол., Клинич. Мед. и Бактер». 1902.

17) «Перитифлитъ у женщинъ».—«Русскій Врачъ». 1902.

18) Перитифлитъ у беременныхъ».—«Медицинское Обозрѣніе». 1902.

19) «Роль кишечныхъ глистъ въ этіологіи перитифлита».— «Больничная Газета Боткина». 1902.

и 20) «Ученіе о перитифлитѣ» представляетъ въ качествѣ диссертаціи для полученія степени доктора медицины.

Положенія.

1) Методъ радикальныхъ операцій бедренныхъ грыжъ по методу Fabricius-Bassini есть наиболѣе надежный.

2) Проникающія колото-рѣзаныя раны грудной клѣтки необходимо послѣ соотвѣтствующей очистки ихъ закрывать швами нагаухо, дабы устранить образованіе пневмоторакса.

3) Колото-рѣзаныя раны брюшной полости требуютъ немедленнаго чревосѣченія.

4) Дренированіе брюшной полости при гнойныхъ перитонитахъ только марлевыми тампонами недостаточно.

5) Промываніе желудка и полное воздержаніе отъ пищи и питья есть наиболѣе дѣйствительная мѣра противъ рвоты при воспаленіи брюшины.

6) Низшій медицинскій персоналъ въ больницахъ, представляющій въ настоящее время чернорабочую силу, долженъ быть замѣненъ грамотнымъ и спеціально подготовленнымъ персоналомъ.

7) Болѣе близкое ознакомленіе съ китайской и тибетской медициной весьма желательно, ибо, безъ сомнѣнія, оно дастъ намъ рядъ новыхъ полезныхъ лечебныхъ средствъ, добытыхъ многовѣковымъ эмпирическимъ путемъ.
