

616.61

Б 432

D. 692

P. 92

ОПРОВЕРЖЕНО

№ 36929

19 99

Научно-учебная  
БИБЛИОТЕКА  
Томского Государствен-  
ного университета

## Къ распознаванію паранефрита \*).

(Изъ госпитальной терапевтической клиники профессора Александровичъ-Дочевского въ Томскѣ).

Бѣликова-Штомичъ.

581166  
Х  
Хотя воспаленіе околопочечной клѣтчатки, какъ особая форма болѣзни, было извѣстно весьма давно, симптоматологія этого страданія почти вплоть до половины прошлаго столѣтія оставалась неразработанной и сводилась къ такимъ общимъ признакамъ, какъ боль и припухлость въ поясничной области, а въ дальнѣйшемъ при стремленіи нагноенія проложить себѣ путь черезъ поясничную область наружу, мѣстное повышеніе температуры и покраснѣніе кожи.

Причина этого, повидимому, лежитъ въ сравнительной рѣдкости даннаго заболѣванія и трудности его діагностики.

Самый большой по количеству, относящійся сюда матеріаль собранъ нѣмецкимъ хирургомъ *Küster*-омъ и обнимаетъ 246 случаевъ, изъ которыхъ, впрочемъ, 16 онъ считаетъ сомнительными. Въ число этихъ 246 случаевъ входятъ и 166, собранныхъ *Nieden*-омъ. Въ русской литературѣ въ 1886 году опубликованы 4 случая *Гагенъ-Торна*, въ 1891 г. 8 случаевъ д-ра *Шеболаева*, въ 1907 г. три случая *Крымова* и нѣсколько единичныхъ случаевъ другихъ авторовъ (*Полъновъ*, *Архиповъ*, *Гольденгорнъ* и др.).

Болѣзни подвержены, главнымъ образомъ, лица въ возрастѣ 20—50 лѣтъ и чаще мужчины, чѣмъ женщины: такъ изъ первыхъ 208 случаевъ, вошедшихъ въ статистику *Küster*-а 140 относятся къ мужчинамъ и лишь 68—къ женщинамъ.

\*) Доложено въ конференціи врачей госпит. клиники.

515748

ФГБОУ ВО СибГМУ  
Минздрава России  
Научно-медицинская  
библиотека



Паранефритъ чаще поражаетъ только одну сторону; страданіе обѣихъ сторонъ одновременно хотя и встрѣчается, но очень рѣдко. Самой частой причиной паранефрита считаются заболѣванія самой почки или мочеполового аппарата.

Гноеродные возбудители могутъ быть занесены кровью или лимфой и безъ прямого перехода процесса на сосѣднія ткани.

Открытыя раны околопочечной клѣтчатки даютъ возможность прямому попаданію гноеродныхъ микроорганизмовъ въ мѣсто воспаленія. Паранефриты послѣ толчковъ и ударовъ въ область почекъ (безъ поврежденія наружныхъ покрововъ) или послѣ поднятія большихъ тяжестей объясняютъ надрывами жировой ткани и послѣдовательнымъ размноженіемъ попавшихъ въ мѣсто надрыва изъ крови или лимфы возбудителей гнойнаго процесса.

Классификація воспалительныхъ и нагноительныхъ процессовъ въ жировой околопочечной клѣтчаткѣ до сего времени окончательно не установлена, несмотря на многочисленныя попытки авторовъ (*Roberts, Tuffier, Morris, Israël, Ebstein, Dieulafoy, Крымовъ, Стромбергъ* и др.); трудность классификаціи паранефритовъ можно объяснить тѣмъ, что послѣдняя должна пояснять каждый данный случай анатомически, бактериологически, этиологически и клинически.

Обычно по этиологіи принято дѣлить паранефриты на первичные и вторичные; первичными обозначаютъ случаи съ такъ называемой криптогенетической этиологіей, когда больные считаютъ причиной заболѣванія простуду; тогда врачъ, желая отыскать дѣйствительную причину болѣзни, принужденъ считать мѣстомъ вхожденія микроорганизмовъ ссадину, экзему, фурункулъ и т. п.

*Halle* и *Jacobi* тѣмъ не менѣе не считали возможнымъ абсолютно отрицать связь заболѣванія съ предшествовавшей простудой. Вторичнымъ паранефритомъ всегда предшествуютъ острые инфекціонныя болѣзни: тифъ, инфлуенца, корь и др. Первую классификацію паранефритовъ по анатомическому положенію гнойника по отношенію къ почкѣ далъ американскій врачъ *Roberts* въ 1885 году.

По его схемѣ положеніе гнойника въ томъ или другомъ мѣстѣ жировой околопочечной клѣтчатки даетъ рядъ симптомовъ, позволяющихъ еще до операціи точно опредѣлить топографію гнойника:

1) Абсцессъ занимаетъ всю переднюю область почки: боль, чувствительность, припухлость и отекъ особенно передней и боковой стѣнокъ живота.

2) Абсцессъ занимаетъ всю заднюю область почки: боль, чувствительность, припухлость и отекъ задней стѣнки живота.

3) Абсцессъ у верхняго полюса почки вызываетъ явленія плеврита и эмпіемы; отхаркиваніе гноя, одышку и невралгію *plexus solaris*.



При правостороннемъ пораженіи: отекъ обѣихъ нижнихъ конечностей, желтуха и глинистыя испражненія; упорная рвота, быстрое исхуданіе, асцитъ.

4) Абсцессъ соотвѣтственно средней части почки: альбуминурія; *paraesthesia seu anaesthesia suprapubica, scrotalis et vulvae*; анурія, уремія; гной въ мочѣ, отекъ мошонки или варикоцеле (особенно слѣва).

5) Абсцессъ у нижняго полюса почки: приведеніе бедра, боль или анестезія въ области передней, наружной или внутренней поверхности бедра, боль въ колѣнѣ, боль или анестезія мошонки или *vulvae*, отекъ соотвѣтственной ноги; абсцессъ или свищъ надъ Пупартовой связкой; запоры (слѣва).

*Fischer* (въ томъ же 1885 году) указалъ на недостатки этой дифференціальной таблицы *Roberts'a*. *Tuffier, Morris* и *Israël* подраздѣляютъ воспаленія околопочечной клѣтчатки на три группы. *Tillmans* и *Dieulafoy* всѣ паранефриты дѣлятъ на первичные и вторичные. Первые разсматриваются, какъ самостоятельная флегмона жировой околопочечной ткани, возникшая у вполне здороваго до того субъекта, и когда источникъ инфекции остается скрытымъ. Во всѣхъ остальныхъ случаяхъ паранефритъ считается вторичнымъ.

*Ebstein* въ своей классификаціи принимаетъ за исходный пунктъ бактериологическое изслѣдованіе добытаго изъ абсцесса гноя. Такъ онъ разсматриваетъ паранефриты, возникшіе по продолженію, какъ настоящія воспаленія клѣтчатки, гдѣ возбудителемъ въ настоящее время является стафилококкъ. Въ отличіе отъ этихъ простыхъ формъ онъ различаетъ специфическіе паранефриты, напр., бугорковые. *А. П. Крымовъ*, разбирая недостатки предшествовавшихъ классификацій, приходитъ къ выводу, что классификація должна указывать кромѣ этиологіи и бактериологіи и на клиническую картину воспаленія. Его классификація слѣдующая: 1) травматическіе паранефриты; 2) послѣдовательные (разлитые, ограниченные, простые, стафилококковые, специфическіе); 3) метастатическіе (разлитые, ограниченные, простые, специфическіе); 4) самостоятельные (разлитые, ограниченные, простые и специфическіе). Распространенію нагноенія способствуютъ мѣстныя анатомическія условія. Д-ръ *Г. Г. Стромбергъ* въ своей диссертациі „Анатомо-клиническое изслѣдованіе забрюшинной клѣтчатки и нагноительныхъ процессовъ въ ней“ (*paracolitis, paranephritis, retroperitonitis*, Спб., 1909 г.) — экспериментами на трупахъ и литературными изысканіями вполне удовлетворительно разрѣшилъ эту задачу.

Теченіе паранефрита обыкновенно лихорадочное, но типъ лихорадки не характеренъ и въ крайности, разъ температура начинаетъ давать большія колебанія вверхъ и внизъ, можно заподозрить, что въ организмѣ происходитъ гдѣ-то нагноительный процессъ. Во всякомъ



случаѣ для діагноза паранефрита температура приобретаетъ значеніе только въ совокупности со всѣми другими признаками.

Что касается исхода болѣзни, то предоставленный самъ себѣ паранефритъ въ огромномъ количествѣ случаевъ оканчивается неблагополучно. Изъ 166 случаевъ, собранныхъ *Nieden*омъ, въ 66 (т. е. почти 40%) исходъ былъ летальный.

Гнойникъ можетъ вызвать или смертельный перитонитъ, или вскрыться въ сосѣдную полость (плевры), или въ какой-либо полый органъ.

По статистикѣ *Küster*'а вскрытіе гноя въ разные органы наблюдалось въ 34 случаяхъ изъ 246. Въ 18 случаяхъ гнойникъ вскрылся въ полость плевры, въ 11—въ кишечникъ, 2 раза въ брюшную полость, 2—въ мочевой пузырь и влагалище и 1 разъ только въ мочевой пузырь. *Rosenstein* наблюдалъ два случая прорыва гноя въ почечную лоханку. Нѣкоторые изъ подобныхъ случаевъ оканчивались самопроизвольнымъ излѣченіемъ больныхъ.

Вскрытіе околопочечнаго гнойника черезъ наружные покровы чаще всего наблюдалось или подъ гребешкомъ подвздошной кости, или подъ 12-мъ ребромъ.

Что касается лѣченія паранефрита, то оно, какъ и при всякомъ глубокомъ гнойникѣ, должно быть хирургическимъ; всякое промедленіе во вскрытіи абсцесса, кромѣ осложненій плевритомъ, пневмоніей и т. п., можетъ повести къ смертельному перитониту.

Поэтому разъ поставлено распознаваніе гнойника околопочечной клѣтчатки, то больного слѣдуетъ немедленно передать хирургу.

Покойный *С. П. Боткинъ* въ своихъ клиническихъ лекціяхъ описалъ одинъ случай паранефрита, въ которомъ авторъ-терапевтъ былъ болѣе сторонникомъ хирургическаго лѣченія, чѣмъ приглашенный хирургъ. *С. П. Боткина* пригласили къ больному, у котораго онъ поставилъ распознаваніе гнойника околопочечной клѣтчатки; былъ позванъ хирургъ, который послѣ безрезультатной пробной пункции правецевскимъ шприцемъ отказался оперировать. Потребовалось авторитетное заявленіе *Боткина* и настойчивое желаніе родныхъ больного, чтобы хирургъ согласился сдѣлать необходимый разрѣзъ; операторъ произвелъ разрѣзъ въ указанномъ ему терапевтомъ мѣстѣ, но... гноя не оказалось; *С. П.* былъ тѣмъ не менѣе увѣренъ въ своемъ распознаваніи и просилъ не закрывать рану наглухо, а оставить тампонъ: дѣйствительно, черезъ нѣкоторое время появилось выдѣленіе гноя и больной началъ выздоравливать.

Изъ сказаннаго о возможныхъ осложненіяхъ видна важность ранняго распознаванія паранефрита.

Переходя теперь къ симптоматологіи гнойника околопочечной клѣт-



чатки, мы должны отмѣтить всю ея неопредѣленность, а иногда и противорѣчіе въ указаніяхъ различныхъ авторовъ. Многіе указываютъ на обязательное присутствіе боли въ почечной области, между тѣмъ у *Trousseau* находимъ случай паранефрита совершенно безъ боли въ области почки. Нѣкоторые указываютъ на иррадирующія боли въ соотвѣтственной нижней конечности, другіе считаютъ эти боли собственными псоиту, чѣмъ и дается, между прочимъ, возможность распознать этотъ послѣдній отъ паранефрита.

Вотъ на этотъ симптомъ, трактуемый такъ различно, я и хочу обратить вниманіе товарищей, какъ на симптомъ чрезвычайной важности, какъ на симптомъ, который въ сомнительныхъ случаяхъ всегда, по нашему мнѣнію, долженъ заставить подумать о паранефритѣ.

На основаніи имѣвшихся у насъ наблюденій наша клиника этимъ болямъ въ опредѣленныхъ мѣстахъ соотвѣтствующей нижней конечности придаетъ большое дифференціально - діагностическое значеніе. Въ подтвержденіе только что сказаннаго позволю себѣ, хотя бы вкратцѣ, привести четыре весьма поучительныхъ въ этомъ смыслѣ случая.

*Случай I.* С. Р., студентъ-технологъ, 28 лѣтъ. Поступилъ въ Госпитальную терапевтическую клинику 21-го сентября 1911 г. Заболѣлъ 10 дней назадъ. Появилась головная боль, боль въ животѣ и запоръ. Приемы слабительнаго и жаропонижающихъ облегченія не доставили. Врачъ, пользовавшій больного, заподозрилъ брюшной тифъ, съ каковымъ діагнозомъ и температурной кривой первыхъ 10 дней и доставилъ пациента въ клинику. По своему ходу температурная кривая дѣйствительно напоминаетъ кривую начала брюшного тифа. Больной жалуется на головную боль, насморкъ и боли въ лѣвомъ бедрѣ.

*Status praesens.* Средній ростъ, правильное тѣлосложеніе и хорошее питаніе. Кожа и видимыя слизистыя нѣсколько блѣдноваты. Форма грудной клѣтки правильная, со стороны органовъ кровообращенія и дыханія никакихъ уклоненій отъ нормы. Желудочно кишечный каналъ въ порядкѣ; селезенка не увеличена. Суточное количество мочи уменьшено, удѣльный вѣсъ ея 1.015, бѣлка и сахара не содержать, но въ осадкѣ обнаружено незначительное количество красныхъ и бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ. Кровь: количество гемоглобина 75% (по Sahli), красныхъ кровяныхъ тѣлецъ 4.500.000, бѣлыхъ 16.000; нейтрофильный лейкоцитозъ (80%). Реакція агглютинаціи на тифъ и паратифы отрицательная.

Въ дальнѣйшемъ за все время пребыванія больного въ клиникѣ температура все время была лихорадочной, поднимаясь по вечерамъ до 39,2°, а утромъ спадая до 38° или 37 съ десятыми и только нѣсколько разъ, на короткое время, опускалась до 36 и 6—8 десятыхъ. Какой-либо правильности въ ходѣ температурной кривой нѣтъ. Всѣ жалобы больного, главнымъ образомъ, сводились на боль въ лѣвомъ бедрѣ; по временамъ эта боль становилась такой жестокой, что приходилось прибѣгать къ морфію.

Произведенной цистоскопіей установлено, что обѣ почки выдѣляютъ мочу совершенно одинаково; у основанія *trigoni Lieutaudii* нѣсколько незначительныхъ поверхностныхъ эрозій.

Первые дни пребыванія больного въ клиникѣ, а также и все послѣдующее



время тщательное изслѣдованіе наиболѣе болѣзненныхъ пунктовъ указало, что таковыя находятся у внутренней части передней верхней ости подвздошной кости, у наружной части пупартовой связки, далѣе внизъ по наружной поверхности бедра почти до колѣна; но самое чувствительное мѣсто—это въ области *spin. anter. sup.* и пупартовой связки. Эти мѣста соответствуютъ выходу и дальнѣйшему теченію *nervi cutanei femoris lateralis*.

Далѣе недѣли черезъ 2 появились также участки довольно сильной боли надъ гребешкомъ подвздошной кости и надъ пупартовой связкой почти до наружнаго края прямой мышцы: участки, соответствующіе нервамъ *ileohipogastricus* и *ileoinguinalis*. На вышеописанные болевые пункты и обратилъ наше вниманіе профессоръ И. И. Александровичъ - Дочевскій и высказалъ предположеніе о лѣвостороннемъ паранефритѣ. Давленіе на лѣвую часть поясничной области было сравнительно мало болѣзненно, но все же область надъ лѣвой почкой представлялась болѣе резистентной, чѣмъ надъ правой, а недѣли черезъ 3 больной сталъ жаловаться и на самостоятельныя, хотя и не сильныя боли въ области лѣвой половины поясницы. Это еще болѣе заставляло признавать паранефритъ. Больному предложена была операція, но онъ отъ нея отказался, желая предварительно повидаться съ родными; съ этой цѣлью уѣхалъ на югъ Россіи, гдѣ и подвергся операціи, увѣдомивъ насъ письмомъ о полномъ подтвержденіи распознаванія паранефрита.

Здѣсь замѣчу, впрочемъ, что ставя діагнозъ паранефрита, мы не отвергали категорически и возможности одновременнаго существованія туберкулеза лѣвой почки, но это предположеніе было только какъ предположеніе возможности.

Къ этому прибавлю, что за все время наблюденія надъ больнымъ намъ ни разу не удалось констатировать описаннаго Гагенъ-Торномъ искривленія позвоночника.

*Случай II.* Больной Г. М., 28 лѣтъ, служитель общежитія студентовъ; поступилъ въ клинику почти ровно черезъ 3 мѣсяца послѣ перваго больного (19 декабря 1911 года).

Принятъ изъ клинической амбулаторіи съ предположеніемъ о ревматизмѣ, куда онъ и былъ направленъ съ этимъ діагнозомъ раньше лѣчившимъ его врачомъ. Больной лихорадитъ и жалуется на невыносимыя боли въ лѣвомъ бедрѣ; особенно сильная боль ощущается при разгибаніи ноги, сгибаніе болѣзненно меньше.

Въ анамнезѣ, около пяти лѣтъ назадъ, длительная флегмона праваго бедра и суставной ревматизмъ. Около трехъ недѣль назадъ появилась небольшая боль въ лѣвомъ боку, вскорѣ смѣнившаяся сильной болью въ лѣвой ногѣ.

Больной отличнаго тѣлосложенія и питанія; со стороны легкихъ и сердца уклоненій отъ нормы нѣтъ. Желудочно-кишечный каналъ въ исправности. При осмотрѣ поясничной области можно констатировать припухлость, а при ощупываніи большую резистентность лѣвой половины поясничной области. Давленіе на эту область вызываетъ боль, самостоятельной боли нѣтъ. Сильная болѣзненность даже при легкомъ прикосновеніи на мѣстѣ выхода и дальнѣйшаго направленія внизъ *nervi cutanei femoris lateralis*; боль распространяется по наружной поверхности бедра до колѣна; также болѣзненны мѣста надъ гребешкомъ подвздошной кости и у пупартовой связки въ области *n. n. ileoinguinalis* и *ileohipogastricus*. Температура за все время пребыванія больного подъ наблюденіемъ колебалась между 39° вечеромъ, иногда 38° и 37,8° и 36,8° утромъ. Количество мочи 1500—1800 к. с., уд. вѣсъ 1,016, никакихъ патологическихъ примѣсей ни химически, ни микроскопически не обнаруживается. Пульсъ 78—100, хорошаго наполненія.



Въ крови нейтрофильный лейкоцитозъ (при общемъ количествѣ бѣлыхъ тѣлецъ въ 20.000). Сонъ и самочувствіе плохіе, вслѣдствіе сильныхъ болей въ лѣвой ногѣ; аппетитъ хорошій. Почти за 3 недѣли наблюденій надъ больнымъ особыхъ перемѣнъ не произошло, кромѣ еще болѣе замѣтной припухлости въ лѣвой части поясничной области. Съ полной увѣренностью поставленъ былъ діагнозъ паранефрита и при первой же возможности больной былъ переданъ хирургамъ.

При операціи нашъ случай напомнилъ нѣсколько случаевъ Боткина: при довольно глубокомъ разрѣзѣ сначала гноя найдено не было и только когда операторъ глубоко вошелъ въ рану пальцемъ и, раздвѣляя ткани, началъ проникать все глубже и глубже, хлынулъ гной. Операція была произведена утромъ, а вечеромъ уже болей въ ногѣ совершенно не было, и больной провелъ ночь вполне спокойно. Выздоровленіе наступило скоро и безъ всякихъ осложнений.

*Случай III.* Замужняя многорожавшая 28-лѣтняя больная А. Шк. Въ анамнезѣ ничего особеннаго. Два мѣсяца внезапно появилась боль въ правомъ паху и правой почечной области. Вечеромъ того же дня поднялась температура, появились рвота и поносъ. Пріѣхала въ Томскъ десять дней назадъ и 26-го января 1912 года принята въ хирургическую госпитальную клинику, а черезъ 3 дня переведена въ терапевтическую.

Больная средняго роста, правильнаго тѣлосложенія и удовлетворительнаго питанія. Со стороны легкихъ и сердца уклоненій отъ нормы нѣтъ.

Послѣ первыхъ дней болѣзни наступилъ запоръ, продолжающійся и теперь. Менструаціи нѣтъ около 6 недѣль. Въ правой подвздошной области при ощупываніи значительная резистентность, какъ бы въ видѣ опухоли съ неясными очертаніями; при надавливаніи боль.

Въ правой половинѣ поясничной области выпячиваніе довольно значительной величины, при ощупываніи болѣзненность, консистенція умѣренно-плотная. Правую ногу держать больше въ согнутомъ положеніи, ибо при такомъ положеніи уменьшается боль въ животѣ и поясницѣ. Ощупываніе пунктовъ по ходу пп. cut. femor. lateral., ileoinguinalis и ileohypogastric. не болѣзненно. Температура между 37° и 38,5; пульсъ 80—90. Моча безъ особенностей. Нейтрофильный лейкоцитозъ. Черезъ 3 дня больная возвращена въ хирургическую клинику съ діагнозомъ ретроцекальнаго абсцесса. Операція произведена прив.-доцентомъ Никольскимъ, и правильность діагноза вполне подтверждена.

*Случай IV.* Этотъ случай такъ схожъ съ предыдущимъ, что о немъ, во избѣжаніе повтореній, можно сказать всего въ нѣсколькихъ словахъ. Также рожавшая замужняя женщина внезапно почувствовала боль въ правой подвздошной области и области правой почки. Изслѣдованія съ точностью повторяютъ данныя предыдущей больной. Также обращено вниманіе на отсутствіе боли по ходу вышеуказанныхъ нервовъ. Опять поставленъ діагнозъ ректроцекальнаго абсцесса и опять діагнозъ подтвержденъ операціей.

Всѣ приведенные четыре случая въ общемъ имѣли большое сходство и если бы сразу можно было говорить о паранефритѣ, то по значительному выпячиванію въ поясничной области и имѣвшейся здѣсь болѣзненности, скорѣе всего эту болѣзнь можно было признать въ двухъ послѣднихъ. Однако, въ нихъ-то и было отсутствіе боли по ходу вышеуказанныхъ нервовъ.



Между почкой и *musc. quadratum lumbor.* помѣщаются nn. ileo-hypogast. и ileo-inguinal. и немного ниже ихъ n. cutaneus femoris lateralis. N. ileohypogastricus, направляясь къ внутренней поверхности *musc. transversi abdominalis*, лежитъ прямо надъ гребешкомъ подвздошной кости; n. ileoinguinalis по fascia transversa спускается къ Пупартовой связкѣ, надъ которой онъ прободаетъ поперечную мышцу нѣсколько впереди, чѣмъ предыдущій нервъ. У нашихъ двухъ первыхъ больныхъ чувствительныя мѣста были именно надъ гребешкомъ подвздошной кости и надъ Пупартовой связкой. Но особенно сильныя боли, какъ самостоятельныя, такъ и при ощупываніи, были соотвѣтственно нѣкоторымъ участкамъ n. cutanei femoris lateralis. Этотъ нервъ прободаетъ мѣсто соединенія широкой фасціи съ Пупартовой связкой; прямо подъ верхней остью подвздошной кости поворачиваетъ кнаружи надъ началомъ m. sartorius и развѣтвляется на наружной сторонѣ бедра передъ vastus externus внизъ до колѣна. Наиболѣе чувствительными мѣстами и были: мѣсто подъ spina anter. super. и по ходу этого нерва на наружной поверхности бедра.

Итакъ, какъ наиболѣе чувствительныя пункты мы отмѣчаемъ слѣдующіе: пунктъ непосредственно подъ верхней остью гребешка подвздошной кости и отсюда по направленію къ наружной поверхности бедра (мѣсто прохожденія наружу подкожныхъ развѣтвленій n. cutanei femor. later.); мѣсто надъ гребешкомъ подвздошной кости и особенно пунктъ надъ серединой гребешка (мѣсто прободенія косыхъ мышцъ боковой кожной вѣтвью n. ileohypogastrici); пунктъ надъ заднимъ отдѣломъ гребешка подвздошной кости (мѣсто прободенія сухожилія поперечной мышцы живота nervo ileoinguinali).

Подводя итоги симптомовъ въ нашихъ случаяхъ, мы особенно обращаемъ вниманіе на слѣдующіе, по нашему мнѣнію, позволяющіе ставить распознаваніе паранефрита: 1) лихорадка, 2) нейтрофильный лейкоцитозъ и 3) боли въ соотвѣтствующей нижней конечности въ вышеуказанныхъ мѣстахъ.

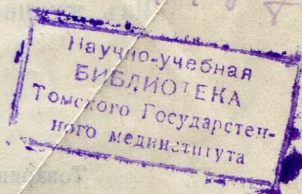
Объ этомъ симптомѣ упоминается, правда, и у другихъ авторовъ, но въ большинствѣ случаевъ вскользь и совсѣмъ не указывается точно мѣстъ боли, мы же придаемъ этому симптому очень важное значеніе и, какъ видно изъ приведенныхъ случаевъ, иногда даже рѣшающее.

Въ заключеніе считаю приятнымъ долгомъ выразить искреннюю благодарность глубокоуважаемому профессору *Ильѣ Ивановичу Александровичу Дочевскому* за предоставленную мнѣ тему и за цѣнныя указанія при ея разработкѣ.

ПЕЧАТНЫЕ ИСТОЧНИКИ: 1) *Hippokrates*. Sämmtliche Werke. Ins deutsche übersetzt und ausführlich commentiert von Dr. Robert Fuchs. München, 1895.—2) *Trousseau*. Клиническія лекціи. Изд. Сеργѣева, Спб., 1873—74 г.—3) *Tuffier*. De la perinephrite tuberculeuse et des abcès froids perinephritiques. Gaz. hebdom. de med. et de Chirur., 1891.—4) *Зерновъ Д.* Руководство описательной анатоміи челоуѣка. Москва, 1900—1902 гг.—5) *Боткинъ С. П.* Клиническія лекціи, выпускъ 2-й—6) *Шеболдаевъ*. Околопочечные нарывы. Земскій Врачъ, 1891 г.—7) *Михайловъ*. Гнойный паранефритъ съ прободеніемъ 12-перстной кишки. Дѣтск. Мед., 1897, № 5.—8) *Tillmans Herm.* Lehr-



buch der spezillen Chirurgie, 2 Theil.—9) *Ebstein, Schwalbe и Кузнецовъ*. Руководство къ практической медицине.—10) *Гольденгорнъ*. Искоды паранефритовъ. Русск. Арх. патол., т. IV, 1897.—11) *Senator*. Болѣзни почекъ. Изд. Практ. Мед.—12) *Эйхгорстъ*. Частная патологія и терапія.—13) *Полъновъ*. Околопочечный гнойникъ, вскрывшійся въ кишку. В.-Мед. Журн., 1899.—14) *Архиновъ*. Случай паранефрита. В.-Мед. Журн., 1900.—15) *Küster*. Die chirurgischen Krankheiten der Nieren. Deutsche Chirurgie 1896.—16) *Пуроговъ Н. И.* Anat. topogr. sectionibus per corpus humanum congelatum triplici directrione ductis illustrata. Petropoli, 1853.—17) *Паниъ*. Основы анатоміи человека, 1888.—18) *Nieden*. Ueber Perinephritis. Deutsch. Arch. f. kl. Med., 1878.—19) *Соловейчикъ*. Топографія почекъ, надпочечниковъ, почечныхъ сосудовъ и околопочечной кѣтчатки. Дисс., Варшава, 1898.—20) *Введенскій А. А.* Топографическій очеркъ женской промежности, мочевого пузыря и околопузырной кѣтчатки. Дисс., Москва, 1893.—21) *Fischer, H.* Ueber paranephritische Abscesse. Volkmanns Sammlung klin. Vorträge, 1885.—22) *Moas, Hugo*. Die eitrigen Entzündungen der Nierenfettkapsel. Volkmanns Sammlung klin. Vorträge, 1897.—23) *Подвысоцкій, В.* Основы общей и экспериментальной патологія, Спб.—24) *Крымовъ, А. П.* О паранефритѣ. Хирургія Дьяконова, т. XXII, 1907.—25) *Стромбергъ, Г. Г.* Анатомо-клиническое изслѣдованіе забрюшинной кѣтчатки и нагноительныхъ процессовъ въ ней (paracolitis, paranephritis, retroperitonitis). Дисс., Спб., 1909.—26) *Гагенъ-Торнъ, О.* О раннемъ распознаваніи околопочечныхъ нарывовъ. Хирургическій Вѣстникъ, 1886.—27) *Roberts*. The localization of perinephric. lesions by means of clinico-anatomical Study. Transactions of the American surgical Association, vol. II. Philadelphia, 1885. (Цит. по Стромбергу).—28) *Онъ же*. The Clinical history and exact localisation of perinephric abs. Americ. Journ. of med. Sc. April, vol. LXXXV, 1883 (Цит. по Стромбергу).—29) *Буйневичъ, К. А.* Руководство къ изученію внутреннихъ болѣзней. Частная патологія и терапія. Третье изданіе, Москва, 1910.—30) *Штрюмпель*. Учебникъ частной патологіи и терапіи, Спб.—31) *Dieulafoy*. Учебникъ частной патологіи и терапіи, Спб.—32) *Сиземскій, В.* Къ вопросу объ этиологіи забрюшинныхъ гнойниковъ. Хирургія Дьяконова, т. XXIII, 1908.—33) *Лангъ И.* Поддиафрагмальные нарывы (abscessus subphrenicus). Дисс., Москва, 1895.—34) *Кохманъ, С.* Хирургическо-топографическая анатомія почекъ. Дисс., Юрьевъ, 1894.—35) *Чаусовъ, М.* Анатомія топографическая области живота человека. Варшава, 1897.—36) *Rayer, P.* Traité des maladies des reins. Paris-Londres, 1839—1841.—37) *Piquand, G.* Les abcès sous-phreniques. Revue de chirurgie, №№ 1, 2, 4, 5.—38) *Israel*. Metastatischer Karbunkel der Niere. Deutsch. med. Woch., XXXI, 1905.—39) *Sahli H.* Учебникъ клиническихъ методовъ изслѣдованія, Спб.—40) *Trousseau*. Des abcès perinephrétiques. Clin. medic. de l'Hotel Dieu, Нѣмец. изданіе, 1868.





1 к.

Изъ журнала „Медицинское Обозрѣніе“, 1913, № 9.

Товарищество типографіи А. И. Мамонтова въ Москвѣ.