

Peritonitis chronica fibrosa incapsulata.

П. Я. Овчинникова.

Хроническій перитонитъ встрѣчается въ двухъ формахъ—экссудативнаго воспаления и слипчиваго или склерозирующаго. Въ послѣдней формѣ, отмѣченной, какъ важное и перѣдное явленіе, еще Virchow'омъ ¹⁾, онъ наичаще наблюдается въ видѣ сращеній отдѣльных органовъ брюшной полости другъ съ другомъ или брюшной стѣнкой и въ громадномъ большинствѣ случаевъ обусловливается тѣмъ или инымъ поврежденіемъ живота или заболѣваніемъ органовъ брюшной полости; иногда же является результатомъ операций; словомъ, долженъ быть признанъ за вторичное, послѣдовательное заболѣваніе (Grawitz, Guelliot, Dembowski, Riedel, Vogel, Henoch, Зыковъ, Оболенскій) ²⁾. Но въ исключительныхъ, пови-

¹⁾ Historisches, Kritisches und Positives zur Lehre der Unterleibsaffectionen V. Arch. Bd. 5.

²⁾ Grawitz. Statistischer und experimentell-pathologischer Beitrag zur Peritonitis. Charité-Annalen. Jahrgang XI.

Guelliot — сообщеніе на 10 съѣздѣ французскихъ хирурговъ. Revue de Chirurgie. 1896.

Dembowski. Ueber die Ursachen der peritonealen Adhäsionen nach chirurgischen Eingriffen mit Rücksicht auf die Frage des Ileus nach Laparotomien. Arch. f. Klin. Chir. Bd. 37.

Riedel. Ueber Adhäsiventzündungen in der Bauchhöhle. Arch. f. klin. Chir. Bd. 44.

Vogel. Klinische und experimentelle Beiträge zur Frage der peritonealen Adhäsionen nach Laparotomien. Deut. Zeitsch. f. Chir. Bd. 63.

Henoch. Ueber einen durch Laparotomie geheilten Fall von chronischen Peritonitis. Berl. klin. Wochenschr. 1901 г. № 28.

Зыковъ. Поврежденія и заболѣванія брюшины, Русск. Хирург. вып. 8.

Оболенскій. О внутрибрюшинныхъ сращенияхъ, ихъ патогенезъ и діагностику. Мед. Об. 1895 г. № 5; Рус. Мед. Вѣстн. 1899 г. № 5.

димому, случаяхъ это заболѣваніе можетъ возникать первично и самостоятельно, безъ очевидной инфекціи и безъ предыдущаго заболѣванія какого либо изъ брюшныхъ органовъ, и тогда оно носитъ названіе идиопатическаго перитонита (Fraenkel) ¹⁾.

Изъ различныхъ формъ хроническаго перитонита, локализирующагося мѣстно въ видѣ спаекъ или тяжей долженъ быть выдѣленъ, какъ особая патолого-анатомическая форма, тотъ своеобразный видъ хроническаго фибрознаго воспаленія брюшины, который стремится захватить всю или, по крайней мѣрѣ, значительную часть peritonei, доводя ее почти до полной облитерации. Характернымъ явленіемъ для данной формы служить также образование плотной фиброзной капсулы, которая охватываетъ пораженный отдѣлъ брюшной полости съ заключающимися въ немъ органами (большею частію кишечными петлями), причемъ эти органы болѣе рыхло спаяны другъ съ другомъ и съ самой капсулой. Капсула состоитъ изъ плотной, мѣстами склерозированной соединительной ткани и располагается въ полости брюшины въ видѣ болѣе или менѣе толстостѣннаго мѣшка, заключающаго въ себѣ извѣстную часть кишечныхъ петель. Стѣнки капсулы образуются отчасти на счетъ утолщенной паріетальной брюшины, отчасти изъ тѣхъ сращеній, которыя лежатъ на границѣ пораженнаго отдѣла. Заключенныя въ капсулѣ кишечныя петли спаиваются другъ съ другомъ, какъ сказано выше, болѣе рыхло, но все же сращениями неодинаковой свѣжести, то нѣжными и тонкими, легко разрывающимися, то нѣсколько болѣе грубыми. Образованный такимъ образомъ клубокъ кишечныхъ петель представляетъ какъ бы изолированную болѣе или менѣе массивную опухоль. Этотъ клубокъ по большей части спаивается и съ окружающей его капсулой, отчего получается иногда почти полное запусѣніе полости брюшины въ пораженной, обыкновенно довольно значительной области peritonei. Впрочемъ, медленное теченіе процесса позволяетъ образоваться между отдѣльными участками peritonei полостямъ, гдѣ скопляется жидкость, временно препятствующая дальнѣйшему срастанію брюшинныхъ листковъ на извѣстномъ протяженіи. Такъ образуются, надо думать, тѣ кистовидныя, различной величины полости, которыя встрѣчаются между спаивающимися органами.

Протекая хронически, эта форма перитонита обуславливаетъ рядъ нарастающихъ неправильностей въ дѣятельности кишечника, главнымъ образомъ, въ формѣ хронической непроходимости съ перидическимъ вздутіемъ кишокъ и ведетъ въ результатѣ къ пониже-

¹⁾ Ueber idiopathische, acut und chronische verlaufende Peritonitis. Charite-Annalen. Jahrg. XII.

нію питанія и рѣзкому ослабленію организма, а иногда и полной непроходимости кишекъ съ явленіями ileus'a. При локализациі въ нижней части живота, въ маломъ тазѣ, страдаютъ лежащіе здѣсь органы (мочевой пузырь, матка), которые и сами посебѣ могутъ быть иногда, повидимому, исходнымъ пунктомъ заболѣванія. Различнаго характера и различной локализациі боли и другія субъективныя ощущенія сопутствуютъ заболѣванію. Лихорадки въ теченіе этого процесса, повидимому, не наблюдается.

Въ русской литературѣ такое своеобразное заболѣваніе описано, напр., Токаренко ¹⁾. Въ его случаѣ, гдѣ болѣзнь развилась у женщины вскорѣ послѣ родовъ, въ нижней части живота найдена опухоль, симулировавшая послѣродовую матку, при операціи же оказавшаяся клубкомъ спаянныхъ кишечныхъ петель, доступъ къ которому могъ быть открытъ лишь сверху изъ свободной части брюшины, такъ какъ войти въ полость брюшины надъ самой опухолью было нельзя, благодаря плотнымъ сращениямъ петель съ брюшиной. При операціи удалось раздѣлить клубокъ кишечныхъ петель, при чемъ въ сращенияхъ послѣднихъ между собою и съ брюшиной найдены осумкованныя полости съ серозной жидкостью, содержащей фибринъ. Операція имѣла хорошій результатъ; больная оставалась подъ наблюденіемъ въ теченіе 7 мѣсяцевъ и чувствуетъ себя излеченной.

На второмъ съѣздѣ россійскихъ хирурговъ (29—31 дек. 1901 года) проф. И. А. Праксинымъ былъ сдѣланъ докладъ „Къ симптоматологіи и оперативному леченію обширныхъ межуточныхъ и осумковывающихъ кишечныхъ соединительно-тканыхъ образований при хроническомъ перитонитѣ“, гдѣ авторъ сообщилъ два оперированныхъ имъ подобныхъ же случая. Въ преніяхъ по поводу этого доклада мнѣнія касательно природы обширныхъ кишечныхъ сращеній раздѣлились. Одни считаютъ этотъ процессъ за заболѣваніе *sui generis*, какъ самъ докладчикъ и проф. С. П. Оедоровъ, упомянувшій о двухъ подобныхъ, оперированныхъ имъ случаяхъ, гдѣ имѣлись также обширныя осумкованныя кишечныя сращения. Другіе, какъ проф. А. А. Бобровъ д-ръ Л. Н. Варнекъ, полагаютъ болѣе вѣроятнымъ относить такой процессъ на счетъ туберкулезнаго пораженія брюшины. Точно также возникло нѣкоторое разногласіе и относительно способа леченія въ подобныхъ случаяхъ. Съ одной стороны высказано было мнѣніе о примѣненіи только чревосѣченія и дренированія полости съ частичнымъ разединеніемъ сращеній (при отсутствіи жизненныхъ показаній); съ

¹⁾ Случай чревосѣченія по поводу обширнаго заросшенія полости брюшины (peritonitis adhaesiva circumscripta chronica). Лѣтол. русск. хирург. 1900 г. кн. 4.

другой—отстаивалась необходимость полного тщательнаго выслани-
ванія и полного освобожденія кишечныхъ петель.

Въ клиникѣ проф. В. И. Разумовскаго оперированы два па-
ціента съ обширными осумкованными сращениями кишечника. Въ
одномъ случаѣ, кончившемся летально, произведено подробное па-
толого-анатомическое изслѣдованіе, а въ другомъ произведено ми-
кроскопическое изслѣдованіе удаленнаго при операциіи объекта
(капсулы). Эти случаи позволяютъ, какъ кажется, съ извѣстнымъ
основаніемъ высказать, что хроническій фиброзный осумкованный
перитонитъ есть заболѣваніе *sui generis* и можетъ быть выдѣленъ,
какъ особая патолого-анатомическая и клиническая форма хрони-
ческаго воспаленія брюшины, краткая характеристика котораго
приведена выше.

Перехожу къ описанію этихъ случаевъ.

Случ. I. Казакъ П. М. М., 30 лѣтъ. Принятъ въ клинику
27 февр. 1902 г. по поводу жалобъ на увеличеніе живота, боли
въ немъ и неправильности стула. При опросѣ выясняется, что па-
ціентъ заболѣлъ 6 мѣсяцевъ назадъ, когда онъ впервые замѣ-
тилъ увеличеніе живота. Уже въ это время появились въ животѣ
боли, слышно было постоянное урчаніе и обнаружались неправиль-
ности стула—поносы, чередующіеся съ запорами. Боли, давящаго
характера, локализируются въ срединѣ живота. Лихорадочныхъ
движеній не было. Не отмѣчаетъ также рвоты и другихъ какихъ-
либо желудочныхъ явленій. Въ теченіе 6 мѣсяцевъ раза три въ
испражненіяхъ появлялась кровь въ незначительныхъ количест-
вахъ въ видѣ небольшихъ жилокъ. За послѣдніе 2—3 мѣсяца
пациентъ замѣтно исхудалъ и ослабъ.

Stat. praes. Больной роста выше средняго, крѣпкаго тѣлосло-
женія; кожа съ желтоватымъ оттѣнкомъ; подкожно-жирный слой
развить умеренно, костная и мышечная система правильны. При
положеніи больного на спинѣ ясно замѣтно увеличеніе живота въ
видѣ шаровиднаго выпячиванія въ пупковой области. Объемъ жи-
вота на уровнѣ пупка 84 cm.; разстояніе отъ прос. хурhoid. до
пупка 18 cm.; отъ пупка до лобка—33. При перкуссии по всему
животу тимпанический звукъ, который въ области выпячиванія
переходитъ въ притупленно-тимпанический. При пальпациі въ этомъ
мѣстѣ прощупывается какъ бы опухоль съ неясной глубокой флю-
ктуацией.

22/III—операциа (проф. В. И. Разумовскій). Разрѣзъ брюшной
стѣнки по средней линіи отъ *scrobiculum* и на 4 пальца ниже
пупка. Ткани стѣнки нѣсколько отечны. Брюшина рѣзко измѣ-
нена,—она значительно утолщена—до 0.5 cm. Въ разрѣзѣ пре-
длежитъ опухоль, оказывающаяся при внимательномъ изслѣдованіи

клубкомъ кишечныхъ петель, спаянныхъ между собою сплошнымъ и перепонками. Путемъ разслойки (пальцами, компрессами), путемъ легкаго потягиванія и т. д. удалось разъединить этотъ клубокъ на отдѣльныя петли. Послѣ разъединенія можно было проникнуть внизъ, гдѣ оказалось небольшое скопленіе асцитической жидкости. Такое же скопленіе обнаружено между сращениями подъ печенью. Характеръ сращеній различенъ,—одни изъ нихъ болѣе или менѣе нѣжны, рыхлы, другія же плотны, а мѣстами имѣютъ хрящеватую консистенцію и стекловидную поверхность. Въ различныхъ направленіяхъ вставлены въ полость тампоны, частію выведенные въ верхнемъ углу разрѣза, частію внизъ, гдѣ, кромѣ того, введенъ дренажъ. На большемъ протяженіи рана зашита. Давящая (съ липкимъ пластыремъ) повязка.

Послѣоперационное теченіе: Въ день операціи вечерняя t° 38, пульсъ 120, средняго наполненія. Одинъ разъ рвота. На ночь морфій подкожно. Утромъ слѣдующаго дня, при t° въ 37.7, пульсъ колеблется между 120 и 130, а къ вечеру становится мягкимъ и слабымъ. Животъ нѣсколько чувствителенъ къ давленію. Моча выдѣляется въ небольшомъ количествѣ, насыщенно темнаго цвѣта. Въ 8 час. вечера введено подъ кожу 600.0 NaCl phys. и назначены впрыскиванія кофеина. Въ 11 час. ночи еще 500.0 физіологич. хлористаго натра. Пульсъ продолжаетъ падать. Два раза рвота желчными массами. Утромъ 24/III вновь инъекція хлористаго натра въ количествѣ 400.0. Пульсъ едва ощутимъ въ art. brachial. Въ два часа дня exitus.

Секція, на которой и я присутствовалъ, произведена покойнымъ профессоромъ Н. М. Любимовымъ, оставившимъ въ своихъ запискахъ подробный протоколъ вскрытія этого больного, у котораго имъ была констатирована, кромѣ фиброза перитонита еще morbus Banti, (не распознанная при жизни), монографическое описаніе которой покойный Н. М. Любимовъ готовилъ къ печати. Изъ этихъ записокъ я позволяю себѣ привести цѣликомъ то мѣсто, которое относится къ интересующему насъ заболѣванію, т. е. фиброзу перитониту.

„Брюшная полость. По снятіи швовъ, края раны брюшной стѣнки свободно расходятся; въ нихъ нѣтъ ни отека, ни инфильтрата. Края раны окрашены въ слабый розовый цвѣтъ. Марлевый тампонъ лежитъ въ каналѣ, проложенномъ между петлями тонкихъ кишекъ, склеенныхъ другъ съ другомъ крѣпкими фиброзными перемычками. Прочіе отдѣлы тонкихъ кишекъ крѣпко спаяны съ внутренней поверхностью передней брюшной стѣнки. Серозная оболочка раздвинутыхъ петель неровна, покрыта обрывками перемычекъ, нѣсколько гиперемирована. Въ каналѣ нѣтъ ни жидкости, ни гноя. Сросшіяся съ передней брюшной стѣнкой петли кишекъ не позволяютъ проникнуть въ осталь-

ную часть брюшной полости и осмотрѣть соотношеніе частей. При осмотрѣ отдѣленной нѣсколько при операціи части передней брюшной стѣнки, видно, что брюшина покрыта пластомъ плотной фиброзной соединительной ткани, толщиною отъ 1 до 3 mmtr., сѣровато-розоваго цвѣта, а мѣстами, гдѣ пластъ толще, переходящаго въ желтовато-бѣлый. Отдѣлить этотъ пластъ отъ брюшины не вездѣ удастся. Осторожными манипуляціями постепенно обособлены другъ отъ друга передняя брюшная стѣнка и петли тонкихъ кишекъ. Когда были развернуты отдѣленные половинки передней брюшной стѣнки, то пришлось разъединять спаянныя по мѣстамъ соприкосновенія и петли тонкихъ кишекъ. При раздѣленіи ихъ, мѣстами оказались полости, величиной отъ сливы до крымскаго яблока, наполненныя прозрачной серозной жидкостью. По отдѣленіи тонкихъ кишекъ и отведеніи ихъ, не видно ни печени, ни толстыхъ кишекъ, ни селезенки. Новообразованный пластъ фиброзной соединительной ткани переходитъ на передній край печени, нижній отдѣлъ большой кривизны желудка и къ нижнему краю лѣваго отрѣзка поперечно-ободочной кишки и отсюда стелется по нижней поверхности печени, по нижнему краю оттянутой вверхъ ободочной кишки и ся mesocolon къ задней стѣнкѣ брюшной полости. Справа онъ по передней брюшной стѣнкѣ подходит къ внутреннему краю слѣпой и восходящей ободочной кишки, оставляя ихъ сваружи, и также переходитъ на заднюю стѣнку. Слѣва этотъ фиброзный пластъ загибается къ внутреннему краю нисходящей ободочной кишки и S. Roman. Книзу по передней брюшной стѣнкѣ онъ спускается къ мочевому пузырю и, слѣдуя ходу брюшины, покрываетъ его, выстилаетъ excavatio recto-vesicalis и подходит къ задней стѣнкѣ брюшной полости. Этотъ пластъ покрываетъ заднюю стѣнку и доходитъ до корня брыжейки, у которой и заканчивается, лишь кое гдѣ заходя на послѣднюю въ видѣ небольшихъ языковъ. Такимъ образомъ, получается въ полости брюшины замѣнутый мѣшокъ, въ который включены петли тонкихъ кишекъ. вмѣстѣ съ тѣмъ брюшная полость раздѣляется на два отдѣла. По отдѣленіи фиброзаго пласта вверху, видно, что верхняя поверхность печени, наружная желудка, наружная поверхность селезенки спаяны крѣпкими соединительно-тканными тяжами съ діафрагмой. Въ промежутокъ между печенью и желудкомъ сбился окутанный соединительно-тканными перемычками сальникъ. Colon transversum, лежащая, какъ и весь трактъ толстыхъ кишекъ, внѣ фиброзаго мѣшка, спаяны съ нижней поверхностью печени, желудкомъ и селезенкой. Брыжечныя железы не увеличены.

Случ. II. Въ сентябрѣ 1906 г. былъ привать въ клинику проф. В. И. Разумовскаго больной С. И., 16-лѣтній мальчикъ,

чувашииъ. Пациентъ жилъ въ обычной обстановкѣ русской деревни, служилъ въ послѣднее время приказчикомъ въ мелочной лавкѣ. Въ 1904 г. легко ранилъ себя выстрѣломъ изъ револьвера въ бокъ (рана была не проникающая). Начало настоящаго заболѣванія относитъ къ декабрю 1905 г., когда впервые подмѣтилъ увеличеніе живота и запоры. Съ апрѣля 1906 г. животъ сталъ значительно увеличиваться, и съ того времени во всей силѣ выступили тѣ явленія, съ жалобами на которыя больной явился на клиническій пріемъ, а именно: увеличеніе и напряженность живота, длительные запоры, иногда съ полной задержкой газовъ, и боли въ лѣвой нижней части живота. Субъективныя ощущенія напряженія и болей послѣ послабленія или отхода газовъ нѣсколько уменьшаются, но не уничтожаются вполне. Иногда бываетъ при вздутіи живота незначительное затрудненіе дыханія (короткость выдыхательной фазы). На ряду съ этимъ пациентъ отмѣчаетъ недостатокъ аппетита и потерю силъ. До этого времени больной пользовался хорошимъ здоровьемъ,—никакихъ заболѣваній не отмѣчаетъ. Кашля нѣтъ. Наслѣдственность, насколько это удастся выяснить, отсутствуетъ.

Status praesens. Блѣдный, крайне истощенный юноша, съ слабо развитымъ подкожно-жирнымъ слоемъ. Кожа чиста, тонка, прозрачна; сквозь нее отчетливо просвѣчиваетъ подкожная венозная сѣтъ, которая особенно хорошо видна на бедрахъ и брюшной стѣнкѣ. Въ лѣвомъ подреберьи и надъ гребешкомъ oss. ilei sin.—небольшіе кругловатые пигментированные рубцы—слѣды пулевого раненія. Костная и мышечная система безъ измѣненій. Лимфатическіе узлы нигдѣ не увеличены.

Рѣзко бросается въ глаза увеличеніе живота и неправильность его конфигураціи. Спереди отчетливо замѣтна поперечная бороздка, направляющаяся черезъ пупокъ. Въ стоячемъ положеніи большого эта бороздка особенно рѣзко выступаетъ и нѣсколько сглаживается при положеніи на спинѣ. Выше и ниже бороздки животъ представляетъ два пологихъ куполообразныхъ возвышенія. Объемъ живота на уровнѣ вышележащаго возвышенія 69 см., по бороздкѣ 67, въ нижнемъ отдѣлѣ—69. Брюшная стѣнка значительно напряжена, особенно въ нижней части живота подъ бороздкою. Напряженность брюшной стѣнки нѣсколько слабѣетъ въ лежачемъ положеніи пациента. Въ нижнемъ отдѣлѣ брюшной полости прощупывается эластическая, какъ бы флюктуирующая, изолированная опухоль, а въ пупочной области, на мѣстѣ поперечной бороздки безболѣзненное, плотное, нѣсколько подвижное затвердѣніе безъ рѣзкихъ границъ, расположенное по длинѣ поперечной борозды. При пальпаціи въ области пупка постоянно слышны шумы плеска, имѣющіе мѣсто, по заявленію больного, и при движеніяхъ, болѣе

или менѣе рѣзкихъ.—При перкуссіи въ стоячемъ положеніи пациента, область живота почти всюду даетъ ясный тимпаническій звукъ, который въ нижней части слѣва переходитъ въ тупой, а въ срединѣ и справа въ притупленно-тимпаническій. Лежащее положеніе больного измѣняетъ перкуторныя данныя въ томъ отношеніи, что тупой и притупленно-тимпаническій звукъ исчезаетъ. Печеночная тупость въ нормальныхъ границахъ; селезенка не увеличена. Состояніе органовъ грудной полости удовлетворительное. Вѣсъ больного 30.0 kil.

При діагнозѣ туберкулезнаго перитонита, подъ хлороформнымъ наркозомъ сдѣлано (12 окт.) чревосѣченіе (проф. В. И. Разумовскій). Разрѣзъ брюшной стѣнки по *lin. alba*, начатый немного выше пупка и спускающійся на нѣсколько сантиметровъ ниже его. Тотчасъ подъ брюшиной, спаянныя съ нею и между собою, лежатъ кишечныя петли, которыя какъ разъ подъ пупкомъ представляютъ цѣлый клубокъ, придавленный плотнымъ поперечно лежащимъ широкимъ пластинчатымъ тяжемъ, продолжающимся въ обѣ стороны. Попытка отыскать гдѣ либо кругомъ свободное отъ сращеній мѣсто не удалась, послѣ чего разрѣзъ брюшной стѣнки удлиненъ вверхъ и внизъ. Тогда удалось осторожнымъ манипулированіемъ отслоить отъ передней пристѣнной брюшины ближайшія кишечныя петли и частію отдѣлить ихъ другъ отъ друга. Картина стала болѣе ясною: поперечно лежащій, плотный, широкій въ срединѣ и суживающійся въ стороны тяжъ сдвливаетъ спаянныя между собою кишечныя петли и тянется, мѣстами прикрѣпляясь къ передней стѣнкѣ, до боковыхъ отдѣловъ паріетальной брюшины, гдѣ и сливается съ нею. Кишечныя петли сращены съ тяжемъ и неравномѣрно вздуты. Осторожно, частію тупымъ путемъ, частію помощью ножа начато раздѣленіе сращеній въ центральной части тяжа. Такъ или иначе это удавалось безъ нарушенія цѣлости кишечной стѣнки, при чемъ на нѣкоторыхъ петляхъ въ области сращеній (но не на свободной *serosa*) обнаружены въ небольшомъ количествѣ мелкія (отъ маковаго зерна до просяного величиного) желтовато-бѣлыя кругловатыя образованія. Сквозь плотную ткань тяжа удалось проникнуть къ глубже лежащимъ петлямъ, при чемъ изъ небольшой полости, образованной клубкомъ этихъ петель и покрытой тяжемъ, вытекло немного (со столовую ложку) серозной жидкости. Послѣ изолированія лежащихъ подъ тяжемъ петель, центральная часть его была разсѣчена (ближе къ правой сторонѣ) для облегченія дальнѣйшихъ манипуляцій. На нижней поверхности его обнаружено нѣсколько небольшихъ кистъ съ тонкою, легко рвущеюся стѣнкой, выполненныхъ желтоватою серозной жидкостью. Освобожденный въ центральной части и перерѣзанный пластинчатый тяжъ теперь легче отслаи-

вается въ стороны до мѣстъ прикрѣпленія къ паріетальной брюшинѣ, гдѣ и отсѣкается, предварительно взятый въ зажимы, а культи его перевязываются. Наиболѣе широкое прикрѣпленіе было слѣва, съ правой же стороны тяжъ былъ сравнительно тоньше, и прикрѣпленіе его занимало меньшую поверхность. По удаленіи тяжа-пластинки (части капсулы) кишечныя петли освобождены отъ оставшихся еще спаекъ, послѣ чего вмѣсто отдѣльныхъ неравномѣрныхъ взутій онѣ приняли равномѣрный объемъ. Насколько возможно было безъ риска нанести травму кишѣй, отслоены рукою отъ паріетальной брюшины кишечныя петли верхняго и нижняго отдѣла. Этимъ операція закончена. Къ участкамъ наиболѣе плотныхъ сращеній—въ центрѣ и слѣва,—гдѣ при отдѣленіи произведена наибольшая наминка, вложены іодоформные тампоны. Шелковые швы на брюшину и металлическіе кожные. Стягивающая липкопластырная повязка. Въ концѣ операціи подкожная инъекція NaCl (400.0).

Послѣоперационный періодъ протекаетъ удовлетворительно. Первые три дня, при t^0 не выше 37.5, отмѣчается частый (до 140), но болшую частію полный и правильный пульсъ. Солевые клизмы съ коньякомъ, а со второго дня чашка жидкаго чая *per os*. Мочейспусканіе правильное. Языкъ нѣсколько суховатъ. Со второго дня слышны перистальтическіе звуки. Животъ нѣсколько вздутъ. Больной жалуется на тяжесть въ животѣ. Сонъ тревожный. Съ вечера 14/х съ отхожденіемъ газовъ состояніе больного рѣзко улучшается. 15/х спалъ хорошо. Газы отходятъ. Дано слабительное (*sal carlsbad.*); къ вечеру дважды послабленіе. Самочувствіе рѣзко повысилось; окраска лица свѣжѣе. Пульсъ 80, ровный, полный; t^0 36.9. Съ этого дня пульсъ устанавливается на нормальныхъ цифрахъ. Разрѣшена жидкая пища (бульонъ, молоко). Съ 18/х появляется хорошій аппетитъ. Даются яйца. По временамъ наблюдается легкое вздутіе живота. Слабительное дается черезъ день. Въ виду прогрессирующаго улучшенія дѣятельности кишечника и возрастающаго аппетита, съ 21/х разрѣшена мясная и хлѣбная пища въ небольшихъ количествахъ.

24/х перевязка. Оба тампона удалены; полость раны промыта 2% растворомъ *Hydrogenii hyperoxydati*; выставленъ дренажъ. Къ вечеру этого дня жалуется на боли въ животѣ. t^0 36.5; пульсъ 100. Съ 25/х устанавливается прежнее состояніе,— t^0 и пульсъ въ предѣлахъ нормы. Прекрасный аппетитъ. Ежедневно легкое слабительное и клизмы.

29/х сняты швы; рана промыта 2% *hydrog. hyperoxyd.* 7/х разрѣшено сидѣть. 12/х дренажъ смѣненъ болѣе тонкимъ и ко-

рогкимъ; промываніе раны перикисью водорода. Черезъ два дня древажъ, при неосторожномъ движеніи больного, выпалъ. 15/xi перевязка. Дренажный ходъ почти закрылся; вставленъ тонкій тампонъ.

17/xi разрѣшено ходить. Съ этого времени устанавливается нормальный ежедневный стулъ, и больной замѣтно поправляется, что видно изъ слѣдующихъ цифръ вѣса:

17/xi. Вѣсъ 31.8. Kil. [1 п. $39\frac{1}{2}$ ф.; прибавленіе въ вѣсѣ по сравненію съ вѣсомъ до операціи—2 ф.].

25/xi Вѣсъ—33.4 kil.—

3/xii Вѣсъ—34.4 “ —

10/xii Вѣсъ—35.5 “ —

17/xii Вѣсъ—37.7 “ —

Такимъ образомъ, общая прибыль въ вѣсѣ въ теченіи мѣсяца— $14\frac{3}{4}$ ф., а по сравненію съ вѣсомъ до операціи— $16\frac{3}{4}$ ф. Въ дальнѣйшемъ пациентъ немного убавляется въ вѣсѣ:

24/xii Вѣсъ 37.1 kil.—паденіе на $1\frac{1}{4}$ ф.

1/i 1907 г. тотъ же вѣсъ.

Дальше вновь повышеніе:

14/i Вѣсъ 38.2 kil.—прибыль $2\frac{3}{4}$ ф.

Общая прибыль со времени перваго взвѣшиванія послѣ операціи (17/xi)— $16\frac{1}{4}$ ф., а по сравненію съ вѣсомъ до операціи— $18\frac{1}{4}$ ф.

15/i Больной выписывается изъ клиники. Видъ вполне хорошій; лицо свѣжее, съ легкимъ румянцемъ. Аппетитъ прекрасный. Стулъ ежедневный, иногда по два раза. Задержки газовъ не замѣтно. Животъ мягкій, на мѣстѣ рубца по средней линіи нѣсколько втянутый; конфигурація правильная. Объемъ на уровнѣ пупка 66 см., на мѣстѣ бывшаго верхняго вздутія—65 см., ниже пупка 67 см.

Пациентъ до настоящаго времени (мартъ 1907 г.) остается подъ наблюденіемъ и чувствуетъ себя прекрасно.

Удаленный при операціи тяжъ (часть капсулы) представляетъ собою пластинчатое образованіе изъ плотной фиброзной склерозированной ткани. На одной изъ поверхностей его лежатъ некрупныя (не болѣе орѣха) кисты съ серознымъ прозрачнымъ содержимымъ. Изъ кистъ не вскрытою сохранилось только одна, изъ жидкости которой сдѣланы мазки. Ткань тяжа, издающая при разрѣзѣ громкій хрустъ, плотна, бѣловатаго цвѣта, малокровна въ центральныхъ частяхъ и обильнѣе снабжена кровью на поверхностяхъ, откуда отъ нея отходятъ то тонкія прозрачныя пленочки, то болѣе толстыя шнуры. Въ разрѣзахъ мѣстами встрѣчаются мелкія желтоватыя образованія—совершенно такія же, какія были

видны при операціи на мѣстахъ кишечныхъ сросеній. Для микроскопическаго изслѣдованія взяты участки какъ плотной ткани съ упомянутыми выше желтоватыми образованіями, такъ и участки съ кистовидными полостями, а равно и нѣжныя, болѣе или менѣе тонкія пленки.

Данныя микроскопическаго изслѣдованія.

Мазки изъ содержимаго кисты. Специфическая окраска Ziehl'евскимъ фуксивомъ не обнаруживаетъ присутствія туберкулезныхъ бациллъ. Простая окраска метиленовой синькой указываетъ на отсутствіе какъ вообще бактерійной флоры, такъ и какихъ бы то ни было форменныхъ элементовъ. Рѣдко встрѣчающіяся красныя кровяныя тѣльца, вѣроятно, попали при проколѣ кисты для добыванія содержимаго, тѣмъ болѣе, что они встрѣчаются не во всѣхъ мазкахъ. Содержимому кисты принадлежатъ лишь безформенныя безструктурныя глыбки.

Кусочки сросеній, взятые для изслѣдованія, фиксированы въ въ спиртѣ и во флемминговой жидкости. Микроскопическая картина крайне несложна и однообразна. Грубыя, плотныя сросенія состоятъ изъ склерозированной, весьма бѣдной клѣточными элементами соединительной ткани, слабо васкуляризированной въ центральныхъ частяхъ и наиболѣе значительно, а иногда и весьма обильно въ периферическихъ, поверхностныхъ слояхъ. Въ этихъ же слояхъ мѣстами можно найти участки мелкоклѣточной инфильтраціи, располагающейся, главнымъ образомъ, по ходу мелкихъ сосудовъ; а иногда небольшими группами въ менѣе васкуляризированныхъ мѣстахъ. Скопленія клѣточныхъ элементовъ не имѣютъ никакого опредѣленнаго строенія и состоятъ изъ мелкихъ клѣтокъ, такъ называемыхъ лимфоцитовъ. Мѣстами можно видѣть участки молодой соединительной ткани съ фибробластами. Что касается мелкихъ желтоватыхъ образованій, макроскопически напоминающихъ бугорки, то они подъ микроскопомъ представляются просто кистовидными полостями, выполненными безструктурнымъ зернистымъ содержимымъ. Ихъ стѣнки не ограничены отъ окружающей соединительной ткани и съ внутренней поверхности ничѣмъ не выстланы.

Микроскопическая картина болѣе крупныхъ кистъ позволяетъ признать ихъ за остатки полости брюшины, заключенные между соединительно тканными спайками. Ихъ стѣнка образована какъ на прилегающихъ къ тяжу частяхъ, такъ и на отсоединенной свободной периферіи изъ той же плотной соединительной ткани, а на внутренней поверхности можно найти эндотелій, сохраняющійся только мѣстами въ видѣ приплюснутыхъ, сдавленныхъ элементовъ.

Тонкія пленки состоятъ изъ болѣе молодой, сравнительно обильной клѣточными элементами соединительной ткани, обильно васкуляризованной.

Окраска срѣзовъ изъ различныхъ отдѣловъ на присутствіе туберкулезныхъ бактерій даетъ отрицательный результатъ, что и понятно въ виду отсутствія типичнаго для туберкулезнаго процесса образованія—бугорка.

Такимъ образомъ, микроскопическая картина не подтверждаетъ того діагноза, который былъ поставленъ до операціи и, казалось, соотвѣтствовалъ найденной при операціи макроскопической картинѣ. Очевидно, мы имѣемъ дѣло съ простымъ хроническимъ процессомъ того же типа, который наблюдался въ первомъ описанномъ случаѣ. Къ сожалѣнію, въ запискахъ Н. М. Любимова не найдено данныхъ микроскопическаго изслѣдованія. Но и по описанію макроскопической картины видно, что здѣсь нѣтъ намека на туберкулезный характеръ заболѣванія, и терминъ „фиброзный осумкованный перитонитъ“ (*peritonitis chronica fibrosa incapsulata*), какъ назвалъ этотъ процессъ въ протоколѣ вскрытія покойный Н. М. Любимовъ, мнѣ кажется вполне соотвѣтствующимъ сущности заболѣванія. То, что найдено при операціи во второмъ изъ описанныхъ случаевъ, является вполне аналогичнымъ даннымъ аутопсіи перваго, и потому вышеупомянутый терминъ всецѣло можетъ быть примѣненъ и къ этому случаю.

Описанный видъ хроническаго перитонита имѣетъ, помимо патолого-анатомическаго интереса, и практическое значеніе, потому что, какъ указываетъ на это клинической, хотя въ настоящее время и ограниченный опытъ (между прочимъ, и нашей клиники), онъ поддается леченію.
