

Случай четырехкратной лапаротоміи при энтеростенозѣ, симулировавшемъ желчныя колики *).

Д-ра А. В. Зороастрова.

Позволяю себѣ обратить благосклонное вниманіе товарищей врачей на даннаго больного. Ему въ госпитальной хирургич. клиникѣ профессоромъ И. А. Праксинымъ была произведена 4-ая операція лапаротоміи, на этотъ разъ, повидимому, давшая прочные результаты.

Больной представляетъ интересъ во многихъ отношеніяхъ. Взять хотя бы то. По поводу какъ бы желчныхъ коликъ и въ дѣляхъ устраненія страданій, связанныхъ съ желчно-каменной болѣзнію—ему еще до поступленія въ госпитальную хирургическую клинику было произведено 3 чревосѣченія, и однако причина болѣзни этими операціями не была устранена.

Первая изъ этихъ операцій произведена была д-ромъ Синакевичемъ въ земскомъ хирургическомъ отдѣленіи Казанской губернской земской больницы.

Вторая д-ромъ Бибиковымъ въ Саратовѣ и 3-ья въ земской больницѣ въ Покровской слободѣ Самар. губ. д-ромъ Левковымъ.

На рубцы въ правомъ подреберьи, какъ на слѣды бывшихъ операцій, первоначально пришлось обратить вниманіе и намъ и отсюда повести нить своихъ размышленій, изслѣдованій и наблюденій съ тѣмъ, чтобы выяснитъ основное страданіе больного.

Прежде всего нужно было собрать полныя и точныя свѣдѣнія относительно всѣхъ предыдущихъ операцій.

О первой операціи, имѣвшей мѣсто 14 марта 1909-го года, отъ д-ра Книжникова, присутствовавшего при ней, удалось узнать, что при операціи cholecystostomia камней во вскрытомъ желчномъ

*) Доложено въ засѣданіи Общества врачей при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ 21 апрѣля 1911 г.

пузырь не оказалось, точно также их не оказалось въ желчныхъ путяхъ при произведенномъ зондированіи; найдено лишь катаральное состояніе слизистой желчнаго пузыря. Рубецъ длиною въ 6 дюймовъ.

На наши запросы, обращенные къ драмъ Бибикову и Левкову, названные товарищи охотно отвѣтили.

Первый сообщилъ слѣдующее: имъ 11 марта 1910 года произведена была повторно больному Іонову операція чревосѣченія.

Послѣ разрѣза въ наружномъ углу рубца, шедшаго параллельно правому нижнему ребренному краю, гдѣ до операціи было грыжевое выпячиваніе, былъ обнаруженъ фиксированный желчный пузырь.

Онъ не былъ измѣненъ, былъ проходимъ, какъ и остальные желчные пути. Спайки незначительныя въ области Рулорі и 12-ти перстной кишки были, соустьй никакихъ не было. Операторомъ по совѣту присутствовавшего старшаго врача больницы и д-ра Спасокукоцкого былъ удаленъ желчный пузырь.

Д-ръ Левковъ съ своей стороны сообщилъ, что по поводу сильнѣйшихъ болей въ области печени 29 августа 1910-го года онъ произвелъ больному Іонову операцію.

Предполагались желчные камни.

При лапаротоміи найдено, что къ передней брюшной стѣнкѣ, къ рубцу отъ прежнихъ операцій плотно приросъ клубокъ кишекъ.

Кишки въ клубкѣ между собой крѣпко спаяны. Клубокъ кишки изсѣченъ.

Операторъ находилъ поджелудочную железу увеличенной, хотя особенно на этомъ не настаивалъ. Боли онъ послѣ операціи былъ склоненъ объяснять относительной непроходимостью кишекъ.

Больной былъ принятъ въ нашу клинику 7 января 1911-го года, и въ первый же вечеръ у него наблюдался припадокъ жестики болей въ областиправаго подреберья. Боли отчасти иррадіировали въ средину и лѣвую сторону epigastrium'a. Связи съ какой-либо ясной причиной, напримѣръ со временемъ пріема пищи, установить не удалось. Ни морфій, ни теплая ванна ослабить ея не могли. Продолжался припадокъ часовъ 5, а затѣмъ прошелъ. Температура у больного оказалась повышенной до 38.5°. Боли crescendo усиливались, и если больной вначалѣ отвѣчалъ на вопросы, то къ концу сознаніе его затемнялось все болѣе и болѣе. Какъ въ желая уничтожить остроту и жгучесть болей, больной въ полубезпамятствѣ хватался за то мѣсто, гдѣ находились рубцы отъ трехъ первыхъ операцій, желая его какъ бы вырвать.

На слѣдующій день утромъ больной выглядѣлъ уже совсѣмъ хорошо и въ теченіе полныхъ слѣдующихъ сутокъ припадковъ не было. Черезъ день припадокъ повторился. А затѣмъ припадки

вновь появлялись то черезъ день, то черезъ 2, въ различное время дня и ночи.

Температура держалась въ предѣлахъ 38—40° градусовъ.

Рвоты не было. Желтухи тоже. Моча не заключала въ себѣ ни сахара, ни бѣлка, ни крови. Стулъ былъ нормальный окраски, но съ массой непереваренныхъ частицъ пищи и между прочимъ непереваренныхъ мышечныхъ волоконъ, очень вонючій, замазкообразный. Содержаніе жира въ немъ было нѣсколько повышено.

Имѣя подобный симптомокомплексъ при другихъ обстоятельствахъ, мы были бы, разумѣется, тоже склонны признать у больного желчнокаменную болѣзнь. Однако допустить это въ данномъ случаѣ мы уже не могли. У больного, мы знали, былъ резецированъ пузырь и слѣдовательно устранена почва для такой болѣзни.... Камни почек? Но и локализція процесса, и иррадирующія по другому направленію боли, словомъ все говорило противъ. Въ виду хроническаго характера и отсутствія рвоты приходилось отвергнуть острую закупорку кишечника со всѣмъ многообразіемъ причинъ ея и подраздѣленій.

Приходилось и намъ остановиться на заболѣваніи рансгеас съ одной стороны, на хронической неполной непроходимости кишечника съ другой.

Въ такомъ направленіи велись дальнѣйшія изслѣдованія и наблюденіе. Проба съ саломомъ и полуторохлористымъ желѣзомъ дала въ мочѣ замедленіе реакціи. Увеличеннаго содержанія индикана въ мочѣ не обнаружено.

Въ кровяной сывороткѣ повышенное содержаніе антитрипсина, однако и трипсинъ былъ полученъ изъ стула больного. Вымытые изъ стула камешки по анализу оказались кишечнаго происхождения.

Теперь сопоставимъ между собой результаты всѣхъ изслѣдованій.

Небольшая стеаторрея, умѣренная креаторрея, замедленіе реакціи съ саломомъ, антитрипсинъ въ крови,—все это съ равнымъ правомъ говорило за заболѣваніе панкреатической железы, какъ и за неполную непроходимость кишечника. Не скроемъ, мы до конца не могли отрѣшиться отъ мысли, что рансгеас тутъ или вовлечена въ процессъ, или является самостоятельной причиной страданій больного.

Наряду съ этимъ обнаружилия обстоятельства другого рода, скорѣе говорившія за энтеростенозъ. Обнаружилось слѣдующее: во время припадковъ у больного весь животъ вообще умѣренно вздувался. Но подъ правымъ ребреннымъ краемъ въ мѣстѣ пересѣченія операціонныхъ рубцовъ и около нихъ, въ области, соотвѣтствующей правому отдѣлу colonis transversi вздутость была больше. Районъ взду-

тости занималъ площадь въ общемъ немного большую 4—5 квадратныхъ вершковъ, съ боковъ ограниченную сосковой и срединной линіями, снизу пупочной, сверху горизонтальной, пересекающей хрящъ 8-го ребра.

Въ этомъ районѣ во время приступа коликъ замѣчались три рельефа вздутой кишки, лежащіе параллельно реберному краю, съ болѣе низкимъ тимпаническимъ тономъ. Рельефы кишки во время припадковъ представлялись иногда расширенными, то суживались. Положеніе ихъ всегда было одно и то же.

На основаніи этихъ объективныхъ признаковъ у больного былъ поставленъ діагнозъ энтеростеноза вообще, безъ точнаго обозначенія его мѣстонахожденія по направленію кишечника.

Такъ больной разбирался профессоромъ И. А. Праксинымъ на лекціи предъ студентами 5-го курса еще до операціи.

Какой же видъ энтеростеноза можно было скорѣе всего предполагать?

При рѣшеніи этого вопроса приходилось считаться съ однимъ случаемъ въ жизни больного, послѣ котораго, по его словамъ, началась болѣзнь. Больной сообщилъ, что 4 года тому назадъ онъ, еще будучи матросомъ, упалъ съ мачты военного судна въ море съ большой высоты. Послѣ паденія получились кровавыя испраженія. Они продолжались съ мѣсяць. Такимъ образомъ необходимо допустить, что у больного отъ паденія съ мачты получились неполный разрывъ кишечной стѣнки, который послѣ заживленія рубцомъ далъ стриктуру кишечника. Съ большимъ вѣроятіемъ локализацию процесса приходилось предполагать въ толстыхъ кишкахъ, въ мѣстѣ ограниченного метеоризма съ 3-мя рельефами кишки.

26-го февраля произведена операція. Разрѣзъ по правому краю праваго гестіи проведенъ былъ на $\frac{1}{2}$ сантиметра кнутри отъ вертикальнаго рубца—слѣда одной изъ прежнихъ операцій. Вскрыта брюшная полость въ нижней трети разрѣза. Затѣмъ введенными чрезъ полученное отверстіе пальцами произведена отслойка внутренностей, приращенныхъ вверху къ брюшной стѣнѣ.

Теперь обнаружилось, что *colon transversum* въ правомъ отдѣлѣ имѣеть петлевидный изгибъ въ видѣ латинскаго V. Сверху на очень большомъ протяженіи онъ покрытъ большимъ салникомъ. Отъ того колѣна *coloni transversi*, которое занимало мѣсто справа и сверху, шли пластинчатые перепончатые фиброзныя спайки къ передней поверхности желудка, а также имѣлись обширныя спайки съ нижней поверхностью правой стороны печени и особенно съ тѣмъ участкомъ, гдѣ долженъ находится удаленный желчный пузырь. Кромѣ означенныхъ сращеній, связывающихъ между собой *colon*, печень и желудокъ, весь петлеобразный изгибъ *coloni*

былъ спереди окутанъ салникомъ. Правый край салника оказался приращеннымъ къ брюшной стѣнѣ, получалась туго натянутая перепонка, оказывавшая механическое давленіе на лежавшій подъ ней петлеобразный участокъ colonis transversi.

Сращения въ области тонкихъ кишекъ не обнаружено. Рансгеас найденъ не только не увеличеннымъ, но скорѣе рѣзко атрофированнымъ.

Всѣ ненормальныя спайки и сращения были устранены.

Натянутая перепонка салника вертикальнымъ разрѣзомъ разсѣчена, и культы разрѣзовъ послѣ тщательной остановки кровотечения не были оставлены, а въ видѣ оторочки вшиты въ края раны.

Брюшная полость зашита наглухо.

Послѣдствіемъ операціи явилось полное освобожденіе больного отъ припадковъ. Высокая температура за 7 недѣль, протекшихъ со дня операціи, наблюдалась всего разъ и объяснялась инфлюэнцей.

Резюме такое. Ясно, что причиной бывшихъ у больного страданій служила неполная непроходимость кишечника, получавшаяся главнымъ образомъ отъ давленія на толстыя кишки спаекъ.

Въ научномедицинской литературѣ описано, дѣйствительно, не мало случаевъ, когда отъ кишечныхъ сращеній получались колькообразныя боли иногда съ тяжелымъ нарушеніемъ желудочно-кишечныхъ отправленій.

На эти сращения, являвшіяся послѣдствіемъ слипчиваго или адгезивнаго воспаленія брюшины вблизи язвенныхъ заболѣваній желудочно-кишечнаго канала, было обращено вниманіе многими авторами, какъ на самостоятельную форму съ конца 80-ыхъ годовъ прошлаго столѣтія. Но болѣе детальной разработкѣ подвергся вопросъ объ адгезивномъ самородномъ перитонитѣ, т. е. развивающемся независимо отъ пораненій брюшной полости, въ 90-ыхъ годахъ въ работѣ Lauenstein'a *Verwachsungen und Netzstränge im Leibe als Ursache schwerer Koliken* и 4-ехъ работахъ Riedl'a.

Въ мою задачу не входитъ разборъ всего литературнаго матеріала по этому поводу.

Ограничусь лишь указаніемъ, что изъ соотечественниковъ Своехотовъ, Токаренко, проф. Праксинъ и Овчинниковъ занимались вопросомъ о самородномъ слипчивомъ перитонитѣ.

Находящійся предъ нами больной представляетъ интересъ не только въ клиническомъ отношеніи, но и патолого-анатомиче-

скомъ. Онъ даетъ случай не самороднаго, а травматическаго слипчиваго перитонита, развившагося на почвѣ многократныхъ хирургическихъ раненій брюшной полости, особенно тѣхъ, которыя были соединены съ открытымъ леченіемъ. Примѣнявшаяся при этомъ тампонада брюшной полости, затѣмъ продолжительное въ теченіе 2-хъ мѣсяцевъ выдѣленіе желчи черезъ рану, несомнѣнно, были главными моментами въ развитіи соединительнотканыхъ сращеній, обусловившихъ хроническую неполную непроходимость кишечника и вызывавшихъ явленія длительныхъ, периодически наступавшихъ, коликъ.
