

ствии профессор Разумовский. Эти авторы применяли алкогольную инъекцию в области чувствительных нервов, травмированных или во время ранения, или ущемленных осколками.

Результаты получились прекрасные. Страдания больных до инъекции были настолько сильны, что больные не могли ни пить ни есть, а после инъекции боли или совершенно прекращались или стали настолько незначительны, что больные их не замечали.

Этот инъекционный терапевтический метод из области сенсорных нервов конечностей был с успехом перенесен для лечения невралгии лица в область жевательного аппарата, где для травматизма и в мирной обстановке имеется бесконечное число моментов: экстракции зубов, люксация последних, экстракции 54—45, между которыми легко ущемляется или травмируется *Nervus mentalis*. Частые ранения альвеолярных отростков, оставшиеся осколки в луночках и т. д. Эти моменты, подобно поранениям конечностей, дают обычно такие же картины невралгических болей, какие описываются Разумовским.

Много авторов считают для невралгии характерным тот факт, что она очень часто бывает у людей с беззубым ртом с хорошо атрофированной альвеолярной дугой. Они видят в этом некоторую специфичность для идиопатической невралгии. Но на самом деле, как видим из нижеприведенных случаев, мы имеем здесь следы травм от бывших экстракций, рубцы, давящие в каком-нибудь участке на нервный ствол. О целом ряде случаев невралгии на почве травм сообщил Мельхиор.

Алкогольная инъекция имеет еще одну преимущественную ценность, которая заключается в том, что с помощью последней нам удастся локализовать всю розлитую боль в одном пункте, где лежит настоящая причина, главный источник, причиняющий эти страдания. Иррадирующие боли, благодаря действию алкоголя исчезают, а главная точка, рельефно выявляется, на основании чего можно точно диагностировать.

Два такого рода случая имели место в стоматологической клинике.

У одного 6-го установлено было давление рубца на нерв, выходящий из *foramen mentale*. Невралгия продолжалась 4 года. У второй 6-ой общая невралгия лица маскировала хронический полипозный гайморит. После операции гайморита по способу Дейкера невралгия прекратилась.

Выводы:

- 1) Больных с явлениями невралгии *n. trigemini* необходимо направлять к стоматологам для исключения симптомов, исходящих из области жевательного аппарата.
- 2) Алкогольную инъекцию можно считать единственным терапевтическим средством, дающим немедленный эффект, достаточно стойкий.
- 3) Патологические процессы в смежных областях в громадном большинстве случаев одонтогенного происхождения.

Материалы к вопросу о хроническом осумковывающем перитоните.

Проф. С. М. Рубашев.

Хронический осумковывающий перитонит, носящий различные названия (*peritonitis chronica fibrosa incapsulata*, *peritonitis adhaesiva circumscripta chronica*, *polyserositis*, *Zuckergussperitoneum*) изучается особенно усердно в последнее время. О подобных перитонитах в русской хирур-

гической литературе шла речь на 2-ом Съезде российских хирургов, однако, лишь последние годы на страницах печати стало чаще упоминаться данное заболевание и более пристально изучается его патогенез. Однако, и в настоящее время, благодаря относительной редкости наблюдений и отсутствию подробного обследования каждого случая, остаются неясными и причина заболевания и его патолого-анатомический субстрат.

Ряд авторов приписывает заболевание действию микробов, в частности диплококков (Абрамович, Терebinский). Свои данные они основывают не столько на непосредственном получении диплококков из пораженной брюшины, сколько на сопоставлении перитонита с другими одновременно существующими или предшествовавшими заболеваниями.

Другие авторы смотрят на хронический осумковывающий перитонит, как на туберкулезное поражение (Волкович, Варнек, Конкато, Дивавин, Орлов, Лернбрехер и друг.).

В качестве доказательства эти авторы приводят целый ряд случаев, где в спайках брюшины были находимы одиночные туберкулы; в других случаях находили туберкулезное поражение брыжечных желез и т. д. Они полагают, что этот вид перитонита представляет собою одну из стадий туберкулеза брюшины, являясь результатом победы организма над инфекцией. Таким образом перед нами фиброзный процесс, заканчивающийся цветущий туберкулез брюшины. Для подобного результата необходимы вялость инфекционного процесса и хорошее сопротивление организма. Нельзя, однако, согласиться целиком с подобной точкой зрения, так как в ряде случаев отсутствуют какие бы то ни было указания на туберкулезный процесс. Не отрицая туберкулезного происхождения в некоторых случаях осумковывающего перитонита, нельзя приписывать последнему роль генерального патогенетического агента.

Ряд авторов объясняет происхождение страдания воспалением брюшины на почве проникновения микробов через брюшину из кишечника. Таким образом Блюменталь говорит о воздействии микробных токсинов, Рост, Крел, Тизенгаузен приписывают большое значение запорам. Лангман наблюдал как в результате энтероколита развился фиброзный перитонит. Есть указание на участие травмы в происхождении слипчивого перитонита. Поскольку все эти объяснения не являются достаточно удовлетворительными, многие полагают, что дело идет о своеобразном заболевании брюшины.

Если руководствоваться чисто клиническими данными, то можно в качестве иллюстрации привести данные о 31 случае слипчивого фиброзного перитонита: в 12 случаях в анамнезе отсутствуют какие бы то ни были указания на заболевание, могущее объяснить перитонит; в 3-х случаях анамнезе — брюшной тиф, в одном — дизентерия, в 3-х — воспаление легких в 1 — грипп, в 1 — сепсис, в 1 — малярия, в 1 — травма, в 1 — роды, в 2-х — голодание.

Все эти данные ясно говорят о неопределенности генеза осумковывающего перитонита. Вот почему необходимо дальнейшее направление данных и важно опубликование каждого случая, могущего хотя бы несколько помочь уяснению страдания.

С этой точки зрения следует обратить внимание еще на одну сторону дела, могущую помочь разъяснению происхождения ряда случаев осумковывающего перитонита. Образование мешка, окутывающего кишечник,

заставило хирургическую мысль обратиться к гипотезе—образования осумковывающего перитонита на почве внутренних грыж. Вместе с тем дальнейшие исследования обнаружили, что на ряду с карманными брюшины (Мойниген насчитывает их 9—*fossa duodenalis superior*, *f. d. inferior*, *f. d. posterior*, *f. duodenojejunalis*, *f. intermesocolica*, *f. intra-duodenalis*, *f. mesentericoparietalis*, *f. parajejunalis*) наблюдаются мешки вследствие аномального развития брюшины. Случаи Емельянова, Лорина-Эпштейна, Шердла, Ефета и др. позволяют считать такую возможность несомненно существующей. Однако, легко установить ряд отличительных признаков подобной аномальной грыжи (мешка брюшины) с находящимися в нем петлями кишок—от настоящего осумковывающего перитонита. Самый мешок представляет собою сравнительно мало измененный брюшинный листок, в то время, как при осумков. перитоните, хотя сращения и представляют собою плоские мембраны, но все же последние имеют ясно выраженный характер воспалительных фиброзных сращений. При ос. перитоните кишки сращены между собою и склеены с охватывающим их мешком, между тем, как при грыже они свободны. При грыже, основанной на аномалии брюшины, должен отсутствовать сальник, ибо аномальный мешок образуется как раз за счет сальника. Этот признак, однако, не может служить целям дифференциальной диагностики, потому что и при ос. перитоните возможно отсутствие сальника, поглощаемого целиком воспалительными сращениями. При аномальной грыже, в силу анатомических условий, в мешке лежит вся тонкая кишка, между тем, как толстый кишечник находится вне мешка; при ос. перитоните этот момент выражен не так резко и в сращениях могут находиться различные участки кишечника.

Таким образом в случаях, где резко выражены соответственные моменты, понимание процесса не представляет никаких трудностей. Однако, наблюдаются такие случаи, когда налицо смешанные формы, и можно думать о двойственном происхождении такого страдания. В таких случаях кишки лежат свободно, но обнаруживают явление воспаления серозного покрова. В других случаях они слегка сращены между собой, но не сращены с окутывающим их мешком; иной раз отсутствуют сращения между кишками и имеются сращения с мешком. Можно допустить, что в кишках, находящихся в мешке, на почве затруднений кровообращения или на почве застоя развиваются воспалительные сращения и, следовательно, процесс начинается как аномальная внутренняя грыжа и уже впоследствии получает характер фиброзного перитонита.

Подобный случай наблюдался мною в 1933 г.

Б-ой, 29 лет, поступил в клинику с жалобами на боли в животе, которые, начавшись около 2-х недель тому назад, стали значительно его беспокоить в последние 3-х дней. Оновременно с тем он отметил задержку стула. Никаких заболеваний, в частности брюшной полости, в анамнезе нет. Объективное исследование обнаруживает умеренное вздутие живота, болезненность по всему животу с локализацией больше справа внизу, отсутствие стула, обложенный язык, рвот и тошнот нет. Температура нормальна, пульс также, общее состояние вполне удовлетворительное. Клинические данные давали картину медленно протекающего подострого илеуса. Неясность заболевания и удовлетворительное состояние больного позволили некоторое время выжидать. Через 2 дня—ухудшение: задержка газов, усиление болей, ухудшение самочувствия, увеличения вздутия живота. Операция: по вскрытии брюшной полости срединным разрезом—выпичивается большая круглая опухоль. При осмотре ее видно, что она представляет собою просвечиваю-

щую мембрану, сквозь которую видны движущиеся петли кишек. Мембрана вскрыта и из разреза под давлением выпирают вздутые петли тонкого кишечника, никаких сращений между кишками и мембраной нет. Мембрана идет сверху до поперечной ободочной, в обе стороны опускается в задние стенки живота. При расширении разреза обнаружено, что снизу в мешке имеется как бы вход, куда проходят петли кишек, наполняющие мешок. Ход этот лежит недалеко от слепой кишки. В этом месте имеется пережатие петли подвздошной кишки с бороздой на ней,—место механического препятствия, вызвавшего картину частичной непроходимости. Мембрана удалена по передней поверхности в таких размерах, в каких это было возможно без значительного расширения разреза. Глухие швы. Хорошее послеоперационное течение: больной выписался выздоровевшим.

В данном случае мы имели с несомненностью аномальный брюшинный мешок, содержащий в себе петли тонкого кишечника. Вследствие воспалительного процесса эти петли были сращены между собою; повидимому, такие сращения являются вторичными. Следовательно, между случаями настоящего остр. перитонита и случаями свободных аномальных грыж лежат средние случаи, где процесс фиброзного воспаления развивается при наличии аномалии брюшины.

Несколько случаев подобного же рода описано в литературе. Так, Блюменталь описал 3 случая у молодых людей, очень похожие друг на друга: тонкий кишечник находился в мешке; кишки были слегка склеены между собою; сращения между кишками и мешком не было. Фют описал такой случай: у девочки 15 лет при операции обнаружена опухоль, напоминающая кисту яичника. Она настолько импонировала как опухоль (имела ножку), что была срезана по этой ножке. При этом обнаружилось, что ножка состоит из двух кишечных петель: таким образом выяснилось, что в мешке опухоли находился почти весь кишечник. Точно также Гальцев оперировал больного, где кишки оказались в капсуле, имеющей ровную блестящую белесоватую поверхность; кишки не были сращены с этой капсулой, но имели сращение между собой.

Кишечник, находящийся в мешке и подвергающийся различным воздействиям, может давать сращения на почве застоя и выделения фибрина. В качестве примера промежуточной стадии — наличия воспалительных явлений без сращения можно привести случай Роза: в несомненной внутренней грыже Трейца кишки были сильно воспалены, хотя никаких отложений не обнаружилось.

На основании всех этих данных можно высказать положение, что среди страданий брюшной полости, характеризующихся замуровыванием кишечника в мешок, следует различать три самостоятельных формы:

1) Настоящие внутренние грыжи, без сращений между кишками и между кишечником и мешком.

2) Мешок, образованный аномально развившейся брюшиной: имеются сращения между петлями кишек, но отсутствуют сращения между кишечником и мешком.

3) Настоящий фиброзный осумковывающий перитонит, где петли кишек сращены как между собой, так и с окутывающей их капсулой.

Патогенез всех этих случаев различен: глубокие карманы с последующим их увеличением внедряющимся кишечником в первом случае; аномалия брюшины с последующими воспалительно-застойными явлениями во втором и, наконец,—хронический воспалительный процесс—в третьем.