

Из Наченальской уч. б-цы, Чамзинск. р. Мордов. автоном. области.

## Осумковывающий перитонит.

Врача А. Е. Алеева.

(С 2 рис.)

В основу настоящей работы положены два бывшие под моим наблюдением случая осумковывающего перитонита. И тот, и другой оперированы по поводу неполной непроходимости кишечника. В одном случае причиной развития явлений непроходимости предположена была кишечная инвагинация, в другом—опухоль слепой кишки. Истинная причина страдания была установлена лишь только после чревосечения. Исключительный клинический и патолого-анатомический интерес одного из представленных здесь случаев заставляет меня более подробно остановиться на вопросе диагностики страдания, что постараюсь выполнить вслед за описанием своих случаев.

Первый из них под наблюдением был в 1929 г. 25/VI в завед. мною Наченаль. б-цу направлена одним из соседних участков для оперативного лечения кр-ка К--щина Дарья, 18 лет; больная заявила, что у неё, почти 3 года назад, начались боли в животе и рвота. Эти болезненные явления чаще всего возникали после физических напряжений, а иногда вслед за приемом грубой пищи; боли схваткообразные, кратковременные; после рвоты их сила несколько ослабевает; в рвотных массах крови никогда не было; кишечных кровотечений и кала, окрашенного в черный цвет не наблюдала; стул переменный, чаще запоры. Настоящему заболеванию какие-либо острые болезни органов пищеварения не предшествовали. Оно развилось как бы самостоятельно; в детстве, как передают родственники; тяжелых болезней не переносила и добавляют, что девица всегда была здорова, здорово и все семейство. Больная с 12 лет работает в поле; не так много работает последние 2 месяца, т. к. приступы рвоты и болей участились. За все время болезни было несколько (точно не помнит) очень тяжелых припадков страдания, т. ч. б-ная по 5—6 дней оставалась в постели.

Исследование показало: б-ная среднего роста, как девица вполне развита, физически сложена правильно; окраска кожи и слизистых N, под кожный жировой слой выражен очень хорошо. Внутренние органы: легкие и сердце N; мочеполовая система N. В брюшной полости пальпацией обнаружена вытянутая в длину опухоль; ее поверхность гладкая; опухоль легко подвижна (смещается во всех направлениях), неболезненна, эластична; перкуторный звук над ней тупо-тимпанический. Контурируется не отчетливо, хотя можно было установить, что она занимает косое положение—сверху-слева от белой линии пальца на 3—4 выше пупка вниз-вправо; контуры ее тянутся в правой подвздошной области. Исследованием через прямую кишку исключена связь этой опухоли с внутренними половыми частями.

Дооперационный период длился 6 дней. В это время мы старались, как можно подробнее, разобраться в клинической картине. Т° тела—N; стул 3 раза (в 6 дней) жидкий, без крови, окрашен нормально; сильных приступов болей не наблюдалось, рвоты не было. Опухоль несколько раз пальпирована. На высоте кишечного пищеварения она казалась более напряженной; слышалось урчание; перистальтирующих кишечных петель не видно.

Обнаруженная в брюшной полости вытянутая в длину, очень подвижная опухоль, схваткообразные боли в животе, чаще всего в связи с физическим напряжением (влияние внутреннего давления?), почти три года болезни—этого было достаточно, чтобы в данном случае остановиться на диагнозе хронической кишечной инвагинации.

Операция 2/VII. Новокаин + эфирный наркоз. Брюшная полость вскрыта разрезом по средней линии. В операционную рану извлечена опухоль, правильно зерстенообразной формы (сх. № 1), образованная за счет всей массы тонкого кишечника, отдельные петли которого просвечиваются через тончайшие, блестящие участки капсулы, представляющей собою как бы мешок, в полость которого и заключен весь

тонкий кишечник. В брюшной полости нет ни одной петли тонкого кишечника; сальника также нет. Желудок и толстые кишки—Н. Дальнейшее обследование „кишечной опухоли“ показало: скользя пальцами по ее передней поверхности, а также по боковым стенкам, по направлению к желудку и обратно к слепой кишке, можно было установить, что ее верхний полюс достигает plicae duodeno-jejunalis, что на высоте этой складки размер ее окружности лишь немногим превышает окружность брыжеечной кишки; противоположный полюс сливается с началом слепой кишки. Наибольший диаметр обследуемого патологического образования, в его средней части, достигает всего лишь 8—9 сант., а длина от plica duod. jejunal. до слепой кишки—30—35 сант. Срединная линия задней поверхности „кишечной опухоли“—есть линия прикрепления ее к корню брыжейки (фигура птичьего гребешка). В толще корня брыжейки видны пульсирующие сосуды (сх. № 2).

В пристеночной брюшине никаких болезненных изменений не обнаружено.

Интимная связь капсулы с кишечником на протяжении до 3 лет рассмотрена как фактор, противодействующий всем манипуляциям с целью освобождения кишечника из его очень тесной камеры. Капсула, как плацента, содержала в себе массу капилляров, питающих кишечник, и благодаря этому снять капсулу мы не решались и приступили к закрытию раны брюшной стенки. В послеоперационном периоде с какими-либо осложнениями дела иметь не пришлось. На девятый день сняты швы, и больная выписана с хорошо зажившей раной брюшной стенки.



Схема № 2.

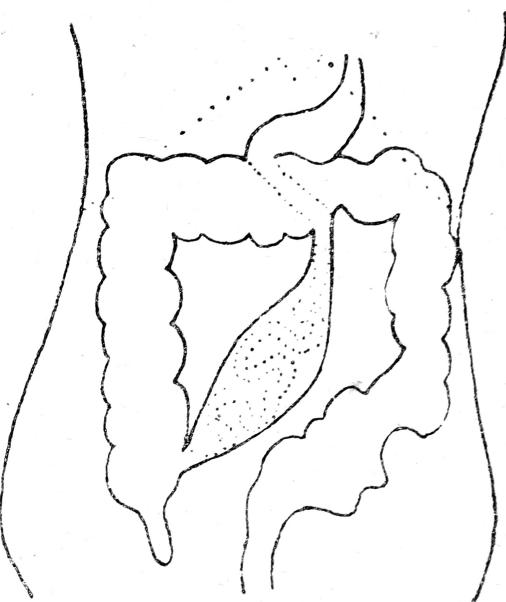


Схема № 1.

Случай 2-ой. Больная Ви-ва Фекла, 26 лет, поступила 5/VII 31 г. из соседней уч. б-цы для повторного оперативного лечения по поводу сильных схваткообразных болей в животе. Первая операция произведена в одной из городских б-ц несколько месяцев назад по поводу хронической (как видно из анамнеза) кишечной непроходимости.

Осмотром установлено: больная крайне истощена, кожа и слизистые резко бледны, подкожный жировой слой атрофирован. Органы грудной клетки: деятельность сердца учащена, тоны глухие; в легких явления хронического катара верх-

них долей с ослабленным дыханием. Живот нескользко вздут, напряжен, болезнен, особенно в правой подвздошной области, где напряжение брюшной стенки более сильное. В области слепой кишки прощупывается плотно эластическая, неясно контурируемая опухоль. Механическое, через брюшную стенку, раздражение кишечника вызывает ряд перистальтических волн с бурным передвижением содержимого кишечника. Сильную перистальтическую волну дает конечная петля подвздошной кишки. Схваткообразные боли,—основной симптом страдания,—появля-

ются как при физическом напряжении, так и на высоте кишечного пищеварения. Иногда, во время кишечных болей появляется рвота. Крови ни в содержимом кишечника, ни в рвотных массах не было. Аппетит нарушен. Стул диспептический. Болезнь длится несколько месяцев. Было несколько тяжелых приступов с постоянной рвотой, сильнейшими болями в животе; по 3—4 дня не было стула и отхождений газов. До операции б-ная была под наблюдением 10 дней, получая ежедневно сердечные фармацевтические средства. Дважды произведено исследование мочи. Оба раза в моче обнаружен ацетон. Т<sup>о</sup> субфебрильная—несколько ослабленное дыхание в правой нижней доле легкого. Здесь мы остановились на диагнозе опухоли слепой кишки (данные пальпации), сужившей просвет ее, благодаря чему и задерживается (наиболее мощная перистальтика конечной подвздошной петли) эвакуация содержимого кишечника в дистальный отдел тонких кишок. Предположена операция наложения анастомоза между подвздошной кишкой и поперечно-ободочной, как наиболее легкая операция. 17/VII операция. Обезболивание местное; дополнительно эфирный наркоз. Овальным разрезом иссечен старый операционный рубец по средней линии ниже пупка. По вскрытии брюшной полости оказалось: петли тонкого кишечника в средней части живота, на уровне пупка, нежно спаяны между собой (как будто бы покрыты нежной паутинкой). В верхней части живота кишечные петли связаны между собой более мощными, широкими спайками, подвздошные кишки спаяны в два клубка, причем конечная подвздошная петля висит на крепком перитонеальном тяже, тянущемся от передней брюшной стенки к внутренне-боковой стенке слепой кишки; кроме того эта петля подтягивается крепкими спайками к задней брюшной стенке. Вот эти тяжи и спайки и были в данном случае причиной самых сильных болей в животе. Все тяжи и спайки резецированы. Слепая кишка связана широкими спайками как с тонким кишечником, так и с передне-боковой стенкой живота. Дальнейшее оперирование в брюшной полости было прекращено из-за развивающегося у б-ной коллапса. Глухой шов на рану брюшной стенки. Послеоперационный период протекал при явлениях сильной сердечной слабости. В первый день после операции в моче снова обнаружен ацетон. На 10 день сняты кожные швы. Рана зажила первичным натяжением. В послеоперационном периоде болей в животе не было. Больная выписалась в удовл. состоянии. Через два месяца она показалась нам. Чувствует себя лучше. Сильных болей нет. Прибыла в весе. Живот несколько мягче, но болезнен, правда меньше, чем до операции. Обнаружены перистальтирующие волны в области пупка; рвоты нет; стул переменный.

Если патолого-анатомические изменения, обнаруженные у второй нашей больной, представляются обычными для случаев осумковывающего перитонита, в первом случае мы встретились с очень сложным п. а. субстратом. Точно также и клиническая картина случая представляет высокий теоретический и практический интерес. Здесь прежде всего бросается в глаза несоответствие между общим статусом больной, данными анамнеза и субъективно-объективного исследования, с одной стороны, патолого-анатомическими изменениями, с другой. Это несоответствие—основная черта случая. Весь тонкий кишечник оказался заключенным в очень тесную по своему объему камеру, что должно было бы вызвать серьезные расстройства его функции. Наличие широких участков утолщения капсулы говорит за давность процесса. В то же время питание б-ной не нарушено, подкожный жировой слой выражен очень хорошо, окраска кожи и слизистых N.; общий статус больной—статус совершенно здорового человека.

Полная противоположность—второй случай. Больная резко истощена. Ее кишечник не спрессован, как это имеет место в первом случае, и функционально—он в более выгодных условиях. Думая, что истощение зависит от какого-либо злокачественного заболевания кишечника, мы в дальнейшем вынуждены были это отрицать, так как *sub operatione* болезненных изменений в органах пищеварения не обнаружено. А те из-

менения, которые физикальным исследованием обнаружены в легких, не настолько глубокие, чтобы вызвать сильнейший упадок питания. В конце концов, мы нашли, что упадок питания всецело зависит от развивающегося хронического инфекционного перитонита и общего хронического сепсиса, протекающего при субфебрильной температуре тела. Таким образом, в данном случае этиология страдания—хроническая инфекция, возможно пневмококковая, т. к. у больной есть остатки воспалительного процесса в правой нижней доле.

Вернусь к первому случаю, чтобы и здесь, установив предварительно патолого-анатом. диагноз, точно также найти причину болезни. Ставлю вопрос, имели ли мы в данном случае дело действительно с хроническим осумковывающим перитонитом или же здесь было другое страдание. Единственно, по моему, что можно и что следует иметь в виду,— это развитие забрюшинной грыжи Treitz'a. Клинически грыжи Treitz'a не дают определенного симптомокомплекса. Как при хроническом осумковывающем перитоните, также и у носителей забрюшинной грыжи наблюдаются: диспепсия, ощущение и наличие опухоли в животе, рвота, схваткообразные боли в животе, а также прочие симптомы хронической кишечной непроходимости, иначе говоря клинические явления— тождественны.

Несколько слов о патолого-анатомической сущности забрюшинной грыжи. Различают левую и правую грыжу Treitz'a. Левая грыжа развивается под plica duodeno-jejunalis, слева и вверху; в складке, на краю ворот, проходит vena mesent. inf; опухоль располагается в левой половине брюшной полости; ворота слева от позвоночника. Правая грыжа имеет следующие анатомические особенности. 1) Задержка поворота и разреза пупочной duodeni и пупулальной петли. Duodenum остается на правой стороне—также и верхние петли тонких кишок. Последние располагаются позади брыжжесечного листа *ascendens* и препятствуют склейке его с задней брюшной стенкой. Образуется карман, ограниченный сзади—задней брюшной стенкой, спереди—брывжжесечного листа *ascendens*, справа и сверху—восходящей и поперечной кишками, слева корнем брыжжесечки. Ворота расположены у слепой кишки, образуемые париетальной брюшиной; на месте, а не блужданием на краю ворот проходит arteria mesent. super.

Можно ли наш первый случай рассматривать как грыжу Treitz'a? Думаю, что нет. Ввиду того, что „кишечная опухоль“ не помещается в левой половине живота, левосторонняя грыжа Treitz'a должна быть исключена. А тот факт, что брыжжесечка восходящей толстой не является передней стенкой опухоли (эта брыжжесечка вообще в процесс не вовлечена), что корень брыжжесечки не является левой границей опухоли, а держит ее на себе, что грыжевые ворота с приводящей и отводящей петлей кишок отсутствуют—все это говорит против забрюшенной грыжи.

И здесь, след. (как и во втором сл.), мы встретились с хроническим осумковывающим перитонитом.

Трудно решить вопрос этиологии страдания. Вопрос этот вообще является спорным. Большинство авторов высказывается за туберкулезную натуру заболевания, другие (Гизенгаузен, Абрамович) за пневмококковую инфекцию. Если вспомним, что во втором случае туберкулез пищеварительных органов не обнаружен, то наличие инфекции вообще, пневмококковой в частности, отрицать нельзя (лихорадочное сост. и др.).

Что же касается первого случая, где то или другое инфекционное заболевание вообще отрицается, найти причину страдания тем более трудно. И лишь только опираясь на факты, говорящие за возможность изолированного поражения туберкулезом органов брюшной полости, также и брюшины париетальной и висцеральной, например, изолированное поражение туберкулезом брюшины матки (периметрия) и брюшины придатков матки (собств. наблюд.), осмеливаюсь высказать предположение, что и у нашей б-ной три года назад имел место тbc серозной оболочки **только тонкого кишечника**, тbc, не проявивший себя клинически, причем в процессе образования капсулы (в то же время в процессе изоляции тbc) участвовал сальник. Это—одно мое предположение. Второе. Мы констатировали факт резкого несоответствия между пат.-анат. изменениями и общим статусом б-ной. В самом деле, весь тонкий кишечник сильно спрессован. Просвечивают (об этом выше не сказано) уменьшенные в своих размерах, как бы атрофировавшиеся кишечные петли. Глядя на б-ную нельзя и подумать о том страдании, которое обнаружено *sub operatione*. Невольно задаешь себе вопрос, не уродство ли это? Или, быть может, воспалительный процесс имел место еще в период внутриутробной жизни и больная родилась с этой болезнью.

Кишечник с первых же дней внеутробной жизни своего хозяина отправлял свои физиологические функции, хотя и в необычайных условиях, но эти условия, в данном случае, нужно рассматривать как нормальные. Правда, все эти догадки упираются в факт позднего (на 15 год.) развития симптомов непроходимости. Но почему, однако, не допустить, что эти симптомы должны были развиться поздно, когда больная перешла к выполнению тяжелой физической работы, требовавшей напряжения брюшного пресса. Влияние высокого внутрибрюшинного давления, напряжение брюшного пресса (момент механический)—вот непосредственные причины развития симптомов кишечной непроходимости. В то же время, этот целый ряд догадок свидетельствует об отсутствии таких данных, которые помогли бы мне со всей ясностью разрешить вопрос этиологии страдания.

Наконец, что касается диагностики хронического осумковывающего перитонита, то как старыми авторами, также и новейшей литературой подчеркнута значительная трудность распознавания этих случаев. Как правило, в клинической картине страдания преобладают симптомы хронической кишечной непроходимости.

Хотя и неодинаково часто, но во всех, мне кажется, без исключения случаях „ос. п. 1“ наблюдалась обострение явлений непроходимости. Это рецидивирующее, точнее интермиттирующее, течение процесса резко истощает б-ных, заставляет их лежь на операционный стол. Огромное большинство этих больных оперируется под диагнозом непроходимости кишечника, и истинный характер страдания выясняется уже на операционном столе. Хотя ос. п. и не имеет своей симптоматологии, однако внимательное изучение клинических явлений позволяет некоторые из них считать характерными для этого страдания, но только для случаев полного осумкования. Так, мы не видим перистальтирующих кишечных петель, и бурное передвижение содержимого кишечника выра-

<sup>1)</sup> Ос. п.—Осумкованный перитонит.

жено лишь звуковыми явлениями и урчанием. Если в нашем втором случае перистальтику наблюдать мы могли, то это объясняется, во 1-х, тем, что кишечник замурован не в одну камеру, во вторых, спайки были нежные, уступающие силе перистальтики. Наличие в животе опухоли, явления диспепсии, явления хронической, интермиттирующей кишечной непроходимости, данные анамнеза и объективного исследования, повторность оперирования больного по поводу кишечной непроходимости — все это должно быть учтено при изучении случая. Но если бы мне встретился случай забрюшинной грыжи, где в образовании ее принял участие весь тонкий кишечник, отличить такую грыжу от полного осумковывания кишечника мне бы не удалось даже в случае, когда больной лихорадит, т. к. первичное страдание (грыжа) может осложниться процессом со стороны париетальной или висцеральной брюшины.

Правда, точный диагноз не всегда необходим. При развитии явлений острой кишечной непроходимости неотложного оперативного вмешательства настойчиво требуют симптомы. Если же частичное или полное осумковывание кишечника симулирует опухоль или хроническую инвагинацию и т. п., операция не всегда уместна и безусловно нежелательна в случаях с высокой наклонностью брюшины к образованию сращений и спаек, т. к. операция будет способствовать их развитию и тем самым ухудшит положение больного.

Из Крестьянского курорта имени Сталина в Ливадии  
(Главврач Ф. В. Яблонский).

## К вопросу о пломбировке жировой тканью легочных каверн при туберкулезе.

Д-ра А. И. Цанова

(Консультанта-хирурга Ливадийского курорта).

Существует два метода пломбировки легкого при туберкулезе: один — жиром по Тюффье, другой — парафином по Беру и Зауберху. И тот, и другой способ имеет своих сторонников и приверженцев. О преимуществах парафиновой пломбы мы скажем впоследствии, сейчас же опишем случай неудачной пластики жиром, закончившейся гнойным процессом и давшей отхождение авто-трансплантата.

Больная М., 33 л., русская, дом. хозяйка, поступила на излечение в Крестьянский курорт „Ливадия“ 5/IV 1931 года (История болезни № 1794) с кавернозным туберкулезом В I—III после операции пломбировки левого легкого жировой тканью, взятой у нее же с левого бедра.

Из анамнеза выяснилось, что больная осталась без родных с 2-хлетнего возраста. Отец и мать ее умерли от туберкулеза легких. Условия жизни ее в отношении питания и жилища в прошлом и по настоящее время удовлетворительные. Менструации с 14-ти лет правильные, 4 дня, обильные. Замужем с 21 года, имела 4 беременности, три раза были преждевременные роды, женских заболеваний нет. Больная перенесла в детстве золотуху — 6 лет; 11-ти лет ангину; 22-х лет — плеврит; 25 лет — возвратный тиф и, наконец, 31 года заболела туберкулезом легких.

Начало и развитие настоящего заболевания больная описывает следующим образом: в июне 1930 года она выкупалась в реке и сразу заболела. Появился му-