

Из I-ой терапевтической клиники Центрального института усовершенствования врачей в Москве (больницы имени С. П. Боткина). (Директор проф. Р. А. Лурья).

К клинке *fistula gastro-jejuno-colica*¹⁾.

Аспирант М. Г. Соловей.

Желудочно-кишечные фистулы по этиологическому принципу могут быть разделены на две группы: фистулы, которые образуются между желудком и поперечно-ободочной кишкой, вследствие местного перитонита с исходом в абсцесс, или на почве туберкулезного процесса. Эта группа фистул (по преимуществу — *gastro-colica*), встречается сравнительно редко, особенно на почве туберкулеза, и их практическое значение невелико.

Большой интерес и теоретически и практически представляет вторая группа фистул, которая образуется после гастро-энтероанастомоза. В этих случаях сообщение между желудком и толстой кишкой устанавливается через приведенную петлю тонкой кишки, и обозначается как *fistula gastro-jejuno-colica*.

Какой именно гастроэнтероанастомоз, передний или задний предрасполагает к образованию фистулы — сказать трудно; по литературным данным в подавляющем большинстве фистула эта возникает после задней г-э.

Послеоперационные фистулы встречаются значительно чаще, чем можно думать на основании литературных данных, ибо фактор, производящий фистулу — пептическая язва, которая доходит по некоторым авторам (цит. по Добротворскому) до 40%, часто протекает латентно: это обстоятельство должно заставить врача относиться с большим вниманием к возможности такого рода осложнений и включить его в круг своего мышления.

Первые сообщения о *f. g. c.* относятся еще к 16-му столетию; Murchinson в 1857 г. опубликовал собранные им из литературы за 300 лет — 33 случая. В 1897 г. Вес опубликовал диссертацию *De la fistule gastroscolique*^{*}, в которой собрал еще 35 случаев, и, вместе с материалом Murchinson'a, говорит о 68 случаях. После Веса в литературе стали появляться сообщения об единичных случаях, и в 1903 г. мы имеем всего в мировой литературе 76 случаев (Кончаловский). Все эти случаи, из которых большинство после рака и единичные на почве туберкулеза, диагностированы на аутопсии или на операционном столе. О послеоперационных фистулах почти нигде не говорится. В 1912 г. Vaaghaeке собрал 105 фистул и из них выделяет 20, развившихся после гастроэнтероанастомоза.

За последнее время дело коренным образом меняется. Начиная с 1918 г. уже в западно-европейской и в американской литературе имеется много работ о *f. g. c.* после гастроэнтероанастомоза и в единичных случаях после рака. Распознавание этих случаев является результатом новейших достижений в диагностике и обрисовывает истинное положение вещей, сравнительную редкость раковых и другого происхождения фистул, с од-

¹⁾ Доложено на конференции врачей I-й Терапев. клиники ЦИУ и врачей-терапевтов Боткинской больницы, 26/XI 1932 г.

ной стороны, и практическое значение послеоперационных фистул—с другой (Scherck).

Диагноз *f. g. c.* в выраженных и далеко зашедших случаях особых трудностей не представляет, однако раннее распознавание их невыраженных форм, о которых речь будет дальше, требует большого внимания и диагностической изощренности. За последние годы описаны случаи *f. g. c.*, где диагноз устанавливался только на операционном столе или на утопии. А между тем, в клинической картине каждого случая имеются существенные моменты, могущие навести на правильный путь и заслуживающие внимания с диагностической стороны. С этой целью я, по предложению руководителя клиники—проф. Р. А. Лурья, хочу остановить внимание на одном случае своеобразной фистулы *gastro-jejuno-colica*, наблюдавшейся в нашей клинике.

Больной 49 лет, крестьянин, поступил в клинику 26/X 32 г., с жалобами на жидкий стул, 4—6 раз в день, вздутие живота, урчание и ощущение переливания в кишках. Отрыжка тухлым и зловонным, изредка рвота дурно-пахнущими массами, похудание. Болен 4 г. В 1925 г. больной был оперирован по поводу язвы двенадцатиперстной кишки и в течение трех лет после операции был абсолютно здоров. В сентябре 1928 г., после погрешности в еде начался понос, рвота, дурной вкус во рту и боли в животе перед стулом. Аппетит пропал. Через несколько дней боли и рвота прошли, жидкий стул остался, уменьшилось лишь количество позывов; понос продолжался в течение последующих лет, изредка лишь сменялся запорами на несколько дней. При этом самочувствие больного оставалось хорошим, он ел все и работал. За этот период, по словам больного, был несколько раз черный стул. В 1930 году понос участился, появилось урчание и вздутие живота, больной стал худеть. Спустя полгода присоединилась зловонная отрыжка и изредка рвота желтоватой дурно-пахнущей массой; до поступления в клинику была всего 12—15 раз. За последние месяцы состояние больного становилось все хуже и хуже, и он вынужден был приехать в Москву.

Status praesens: Общее состояние удовлетворительно. Сердце и легкие уклонения от нормального не представляют. Вес при поступлении 63,5 кг. Аппетит хороший; часто изжога после еды; язык обложен белым налетом. Живот вздут, мягкий. Пальпация в подложечной области безболезненна. Плеск в кишках. Прощупывается поперечно-ободочная кишка и вся нисходящая, которая урчит под пальцами. Начиная от пупка и левее болезненна при пальпации. Стул жидкий, иногда кашецеобразный, 4—6 раз в день. Мочеполовая и нервная система *N.*

Моча кислая, удельный вес—1028, следы белка, уробилин *N*, индикан *N*, в осадке единичные эритроциты и лейкоциты в отдельных полях зрения. Кровь—*Hb*—80%, эритроциты 4.720.000. Цветной показатель—0,87, лейкоциты—4.500. Сегм. 51%, палочк.—3%, лимфоциты—39%, эозинофилы—3%, моноциты—4%.

Билирубин в крови—0,75 мг.-% по в. д. Бергу, реакция непрямая.

Желудочный сок—натощак 150,0, желтого цвета с каловым запахом. Свободная *HCl*—0, общ. кислота—10. После введения 0,2 кофеина и 300,0 воды, извлечено 30 куб. см. жидкости желтого цвета. Общая кислотность 18, св. *HCl*—нет. Микроскопия—большое количество детрита.

Кал жидкой консистенции, желтого цвета, на поверхности беловато-серый налет жира. Реакция слабо-щелочная. Реакция на кровь—отрицательная. Под микроскопом при повторном исследовании обнаружено много нейтрального жира, кристаллов жирных кислот нет. Ферменты поджелудочной железы. Диастаза, трипсин и липаза в норме.

Рентген желудка (д-р Тарнопольская). Желудок расположен высоко, мало подвижен, с грубыми, резко расширенными, местами атрофичными складками слизистой, вяло перистальтирует. Валяя перистолы. Привратник плохо спнуруется. Контраст тотчас же переходит через г-э отверстие в тонкие кишки и сейчас же намечается переход контраста в нисходящую толстую кишку, по видимости имеется *fistula-gastro-jejuno-colica*.

Спустя 10 дней, повторная рентгеноскопия с введением контраста через клизму: выходящая часть сигмовидной кишки располагается у левой реберной дуги; нисхо-

дующая кишка расширена, больше у места перехода в поперечно-ободочную, где контраст долгое время задерживается и затем быстро переходит в желудок и почти с середины протяжения Colon transvers. выполняет одновременно и анастомотическую петлю тонкой кишки.

Итак, мы имеем дело с фистулой между желудком и толстой кишкой, при чем сообщение между последними устанавливается, как показывает рентгеновское исследование, через анастоматическую петлю тонкой кишки.

Можно предполагать, что то обострение процесса, которое наступило у нашего больного в 1928 году, было связано с моментом образования у него фистулы.

Какие же основные симптомы *fistulae gastro-colicae*? Обычно в диагностике исходят из одного основного симптома—каловой рвоты. Нетрудно, однако, понять, что *f. g. c.* не остро возникающий процесс. Образование фистулы складывается в течение длительного времени, а каловая рвота или каловая отрыжка имеет место лишь при далеко зашедшем и уже законченном процессе.

Существенно важно для оценки каловой рвоты, как симптома *f. g. c.* выяснить, как часто, во всех ли случаях и при какой стадии заболевания она встречается.

Литературные данные говорят, что каловая рвота при фистуле бывает далеко не во всех случаях.

Так, Murchinson из 19 случаев мог отметить каловую рвоту лишь у 11. Freud (1918 г.) описывает 5 случаев, где этот симптом не отмечен ни разу. В случаях Strauss'a (1921 г.), Scherck'a (1929 г.), Hamilton и Prompt (1931 г.), Oschinsky (1932 г.) и других авторов каловая рвота либо отсутствовала, либо отмечалась, как исключение. Koch в 1903 г., убедившись в том, что каловая рвота встречается всегда, высказал мнение, что *f. g. c.* не имеет определенных симптомов.

Непостоянство каловой рвоты, с одной стороны, объясняется тем, что имеющаяся в желудке масса уходит в кишечник через пилорическую часть или через анастомоз, раньше, чем попасть в пищевод (Nelken), с другой стороны—она отсутствует и потому, что иногда, как на это в свое время указал Leube, между желудком и толстой кишкой слизистая образует своеобразный клапан. Аналогичные случаи описаны проф. Кончаловским: у больного с предполагаемым диагнозом рака желудка, без признаков фистулы, начался сильный кашель и рвота, при которой выделялся кровавый сгусток, величиной в детский кулак. На следующий день началась каловая рвота, продолжавшаяся до самой смерти. Повидимому, в данном случае кровавый сгусток, как пробка, закупоривал фистулу, которая не давала поэтому клинических симптомов. Наконец, при фистуле больших размеров каловой рвоты может не быть вследствие того, что наступающий в таких случаях обильный понос как бы заменяет рвоту, и больной, как удачно выражается Bonkeret, выбрасывает свои рвотные массы в свою собственную толстую кишку.

Симптом каловой рвоты, который возникает только при условии достаточно организовавшейся фистулы, является, естественно, симптомом более поздним. Значительно раньше этого симптома появляются диспептические

кишечные расстройства, как понос, вздутие живота, которые, как увидим ниже, являются обычными спутниками.

Итак, каловая рвота при всей ценности этого симптома не может служить целям раннего распознавания фистулы, и если исходить только из этого одного симптома, диагноз *f. g. c.* может быть поставлен лишь в далеко зашедших случаях. Между тем многие авторы, трактуя наблюдающуюся большую смертность от оперативного вмешательства при *f. g. c.*, считают одной из главных причин ее позднее распознавание болезней (Scherek, Oschinsky, Nelken, Strauss и другие).

Лиэнтерия—бывает редко и Вес на 62 случая отмечает этот симптом только в 6-ти. В нашем случае мы неоднократно искали в кале непереваренной пищи, но ни разу не находили.

В 1921 году Strauss обратил внимание на то, что при *f. g. c.* всегда имеется в кале большое количество жира и впервые отметил диагностическую важность этого момента. Возникает, однако, вопрос, как дифференцировать между стеаторреей при *f. g. c.* и таковой при других заболеваниях, например, при недостаточности поджелудочной железы.

Strauss и его ученики предлагают для этой цели определять количество панкреатических ферментов. Но можем ли мы на основании того или иного количества ферментов судить о состоянии поджелудочной железы? Работами Яроцкого, Губергрица и др. установлено, что панкреатические ферменты могут быть в нормальном количестве и при заболевании железы, ибо даже небольшая оставшаяся часть последней может исполнять нормальную функцию. С другой стороны, известно, что количество панкреатических ферментов зависит от ряда побочных условий—состояния слизистой, 12-типерстной кишки, количества воды и т. п.,—при которых здоровая железа может нам иногда казаться неполноценной.

В нашем случае мы обратили внимание на имеющийся, по нашему мнению, диагностическое значение факт: наличие в кале большого количества нейтрального жира при отсутствии жирных кислот. В литературе многие авторы указывают на наличие в кале при *f. g. c.* нейтрального жира; жирные кислоты либо отсутствуют, либо имеются в незначительном количестве. Нам кажется, что именно этот момент может служить дифференциально-диагностическим признаком между стеаторреей при *f. g. c.* и ли другого, например, панкреатического происхождения. При последней редко бывает полное отсутствие ферментов и поэтому жиры лишь недостаточно расщепляются и в кале будет много жирных кислот. При *f. g. c.*, когда жир переходит из желудка, где нет почти никакого расщепления, минуя *pancreas*, непосредственно в толстую кишку, где распад жировой молекулы невозможен—кал должен содержать много нейтрального жира. Здесь уместно все же оговориться, что в тех случаях, когда анастомоз функционирует и где часть пищи из желудка переходит через него в тонкие кишки и там расщепляется,—в этих случаях имеет значение исследовать кал на содержание жира в ряде отдельных порций. Мало того, для того, чтобы отметить порции отдельных масс, которые прошли из желудка непосредственно в толстую кишку, можно воспользоваться введением внутрь красящего вещества, в частности—но-

В дифференциально-диагностическом отношении также имеет значение нормальное содержание в моче индикана. При недостаточности поджелудочной железы в тонких кишках происходит процесс гниения, и количество индикана в моче увеличивается.

При диагностике *f. g. c.* следует обратить внимание на имеющиеся всегда и в довольно ранней стадии заболевания поносы, вздутие и урчание в животе при хорошем, иногда слишком хорошем аппетите; больной ест все и много и—худеет. Наш больной также ел много, с хорошим аппетитом, и тем не менее, за короткое время, с 27/X по 7/XI похудел больше, чем на 3 кило. Похудание при *f. g. c.* иногда доходит до появления голодного отека с наличием ацетона в моче (Strauss).

Из клинических симптомов заслуживает внимания появление позыва к дефекации в начале или во-время еды.

Из подсобных лабораторных исследований Сатр рекомендует методы „темных клизм“, введение в клизму красящего вещества с последующим обнаружением его в желудке. По Strauss'y вводят в клизму 2 столовые ложки животного угля на 500 куб. см. воды; спустя полчаса откачивают желудочный сок. При наличии фистулы введенные в клизму вещества через короткое время оказываются в желудке.

Рентгеновское исследование, произведенное обычным образом, может не давать положительного результата. Freud на ряде случаев доказал, насколько обычная рентгеноскопия ненадежна, и предлагает, поэтому, рентгеноскопию кишечника при вливании контраста *per anum*—ирригоскопию. При такой методике Freud'y удалось обнаружить *f. g. c.* в тех случаях, где клинически, идя обычным путем, об этом мало думали. Такие же результаты при ирригоскопии получал и Assmann.

Итак, в диагностике *f. g. c.* наряду с уже имеющимися симптомами современная клиника обогатилась рядом новых клинических и лабораторных методов, которые позволяют иногда поставить правильный диагноз в более ранней стадии заболевания. В общей клинической картине *f. g. c.* заслуживают внимания некоторые диссоциации—большой аппетит и быстрое похудание, большое содержание в кале нейтрального жира при отсутствии жирных кислот, нормальное количество индикана в моче, при длительно непрекращающемся поносе—все это, может привести врача к правильному диагнозу.

Возможно, что послеоперационные фистулы вовсе не так редки, как об этом думают; редки лишь, может быть, те абсолютные симптомы, из которых обычно исходят.

Лечение *f. g. c.*—только хирургическое. Описанные в литературе единичные случаи консервативного лечения—лишь исключения и мало доказательны. После операции больные нередко выздоравливают совершенно. Смертность при хирургическом вмешательстве в подобных случаях, правда, высокая, больше 50%, но если сопоставить абсолютный прогноз при *f. g. c.*, с одной стороны, и тот абсолютно хороший результат в половине случаев, с другой, то оперативное вмешательство все же остается единственным методом лечения, дающим благоприятный результат.

Надо полагать, что столь высокая смертность обусловлена в значительной степени и тем, что до последнего времени *f. g. c.* очень поздно распознается, так как врач ждет наличия каловой рвоты, как ведущего симптома и больной подвергается хирургическому вмешательству в той

стадии, когда наряду с самой фистулой имеется уже ряд грубых морфологических изменений в брюшной полости, которые затрудняют и осложняют технику операции, и общее питание организма в значительной мере подорвано.

При более раннем распознавании, результаты хирургического лечения будут, несомненно, более благоприятными.

Таким образом и в этом случае, как и во многих других, современное мышление врача, основанное не только на патолого-анатомических, но, главным образом, на функциональной патологии болезненного процесса выводит его на правильный путь раннего распознавания даже в таких трудных и запутанных случаях заболеваний внутренних органов, как f. g. c. и fistula gastro-jejuno-colica.

Литература: 1. Кончаловский. Труды факт. терап. клиники Москов. у-та, 1904.—2. Freud. Münch. Med. Wochenschr., № 43, 1918.—3. Strauss. Berlin Klin. Wochenschr., № 25, 1921.—4. Nelken. Archiv. f. verd. krankh., 1925. H. 3.—5. Scherk. Archiv. f. verd. krankh., 1929.—6. Hamilton and Romfred. The lancet, № 25, 1931.—7. Oschinsky. Med. Welt., № 4, 1932.—8. Frons. Deutsche Med. Wochenschr. 1922.

(Из 6. Обл. Московского кожно-венерологического института. Дир. проф. И. Н. Олесов).

О гистологии здоровой на вид кожи при сифилисе.

Е. Я. Герценберг, Е. Б. Беньямович и А. М. Левин. (Москва).

Гистологическая картина нормальной кожи при сифилисе впервые была исследована русским сифилидологом Павловым (в 1895 г.). У детей с врожденным сифилисом он в 5-ти случаях обнаружил столь резкие изменения со стороны сосудов кожи и различных органов, что даже считал возможным видеть в них причину смерти. В дальнейшем, однако, Павлов продолжал свои исследования на материале кожи, биопсированной у лиц с приобретенным сифилисом и взятой у 2-х сифилитиков, умерших от случайного острого заболевания. В качестве контроля он пользовался кожей, взятой у 3-х туберкулезных трупов. На основании этих изысканий Павлов пришел к заключению, что найденные им изменения в коже—набухание эндотелия сосудов, пролиферация его до полной закупорки просвета, инфильтраты вокруг сосудов и придатков кожи—не являются специфическими для сифилиса, т. к. они встречаются и при туберкулезе.

За исследованиями Павлова последовал целый ряд других работ. В большинстве своем это диссертации, выпущенные из Военно-медицинской академии. Ближайшая по годам работа после Павлова принадлежит Фридману, который пользовался материалом сифилитиков, не перенесших никаких инфекций в прошлом. В непораженной коже таких больных он также во всех случаях находил изменения, выраженные в ранних стадиях менее интенсивно и более поверхностно, чем в гуммозной стадии.

В диссертации, посвященной изучению гистологии сифилидов, Иванов попутно подверг исследованию 10 случаев нормальной на вид кожи