

Серія докторскихъ диссертаций, допущенныхъ къ защитѣ въ ИМПЕРАТОРСКОЙ
Военно-Медицинской Академіи въ 1910—1911 году.

Копія 1372
Многомуvara емишу Профессору Нико-
лаю Сергеевичу Токариусу на добрую
помощь отъ автора. № 57. 18/11 - 1911. Спбурга

Материалы къ вопросу объ ileus'ѣ по дан-
нымъ С.-Петербургской Мариинской боль-
ницы для бѣдныхъ за 15-лѣтній періодъ,
съ 1894 по 1908 гг. 616.34

(заборот кишок - ileus³ - 20)

ДИССЕРТАЦІЯ
на степень доктора медицины
К. С. Золотарева.

7-НОЯ 2011
НБНДН
1911
48749
Цензорами диссертации по поручению Конференціи были профессора:
Н. А. Вельяминовъ, С. П. Ѳедоровъ и приватъ-доцентъ В. Н. Тома-
шевскій.

НАУЧНАЯ БИБЛИОТЕКА
1-го Харьк. Мед. Института

1911
1911
Переучет
1966 г.

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.
Типографія С.-Петербургской тюрьмы, Арсенальная, 5.
1911 г.

1950

Перечет-00

7-Ноя 2012

Докторскую диссертацию врача Константина Степановича Золотарева под заглавиемъ: „Материалы къ вопросу объ ileus'ѣ по даннымъ С.-Петербургской Мариинской больницы для бѣдныхъ за 15-лѣтній періодъ, съ 1894 по 1908 гг.“—печатать разрѣшается съ тѣмъ, чтобы по отпечатаніи было представлено въ ИМПЕРАТОРСКУЮ Военно-Медицинскую Академію 500 экземпляровъ самой диссертациі и 300 экземпляровъ краткаго резюме ея (выводовъ), при чемъ 150 экземпляровъ диссертациі и выводы должны быть доставлены въ канцелярію академіи, а остальные 350 экземпляровъ диссертациі—въ бібліотеку Академіи.

С.-Петербургъ, 27 Апрѣля 1911 года.

Ученый Секретарь,
профессоръ А. Моисеевъ.

ДОРОГОМУ УЧИТЕЛЮ,

ДОКТОРУ МЕДИЦИНЫ

ТРИГОРІЮ АЛЕКСѢВИЧУ

СВІЯЖЕНИНОВУ,

СЪ ЧУВСТВОМЪ ГЛУБОКАГО УВАЖЕНІЯ

ПОСВЯЩАЕТЪ СВОЙ ТРУДЪ

АВТОРЪ.

6444

Введение.

Появление такой обширной монографии объ ileus'ѣ, которая вышла изъ подъ пера профессора Wilms'a въ 1906 году, съ достаточной ясностью указываетъ на громадность и сложность, а вмѣстѣ съ тѣмъ и важность этого вопроса. По мнѣнію означеннаго автора, „мы еще переживаемъ періодъ ученія, и прежде чѣмъ намъ можно будетъ съ чувствомъ нѣкотораго удовлетворенія оглянуться на пройденный путь, на достигнутые успѣхи, многое еще должно будетъ измѣниться къ лучшему“.

Этими немногими словами опредѣляется въ частности цѣль и значеніе нашей работы: внести посильную лепту въ общее изученіе ileus'a посредствомъ всесторонняго разбора случаевъ его, наблюдавшихся въ Маріинской больницѣ для бѣдныхъ, являющейся однимъ изъ большихъ и центральныхъ лечебныхъ заведеній г. С.-Петербурга.

Особенно цѣнными исторіями болѣзни представлялись тѣ изъ нашихъ случаевъ ileus'a, гдѣ было примѣнено оперативное пособіе. Здѣсь уже не имѣли мѣста различныя сомнѣнія въ правильности взгляда на то или другое заболѣваніе съ картиной внутренней кишечной непроходимости, а представлялась полная возможность разобраться въ сдѣланныхъ діагностическихъ ошибкахъ; съ другой же стороны, можно было безошибочно судить объ умѣтности въ каждомъ такомъ случаѣ какъ внутренней, такъ и хирургической терапіи. Поэтому мы, преимущественно, и останавливались на разборѣ случаевъ, подвергнувшихся операціямъ.

Что касается литературы ileus'a, которая однимъ только перечнемъ заглавій своихъ источниковъ занимаетъ 124 стр. мелкаго шрифта въ монографіи Wilms'a и о которой послѣдній говоритъ, что исчерпывающее перечисленіе ея источниковъ, вслѣдствіе колоссальной казуистики, предста-

вляется едва ли возможнымъ, то таковая нами будетъ приведена лишь по столько, по сколько требуютъ этого рамки поставленной нами себѣ задачи.

Разработка больничнаго матеріала по ileus'у была предложена мнѣ старшимъ хирургомъ Маринской больницы, глубокоуважаемымъ Г. А. Свѣжениновымъ, каковой темой я воспользовался съ большимъ удовольствіемъ и сердечно признателенъ ему, какъ за дальнѣйшее ближайшее руководство его, такъ и за тотъ интересъ, съ которымъ онъ постоянно относился къ этой работѣ. Директора больницы, доктора медицины А. А. Троянова, прошу принять благодарность за данное имъ разрѣшеніе пользоваться означеннымъ матеріаломъ.

ГЛАВА I.

Краткій очеркъ исторіи ileus'a и классификація его.

Названіе „ileus“ точно не установлено. Синонимами ileus'a были въ прежнее время *passio iliaca*, *volvulus*, *chordapsus*, *miserere*. Изъ сочиненій Hippocrates'a видно, что ileusъ производится отъ греч. словъ — *εἰλεός*, *εἰλημα*, происходящихъ въ свою очередь отъ глагола *εἰλέω*, *εἰλῶ* въ смыслѣ *concludo*, *coarcto*—запираю, замыкаю, сжимаю, или-же отъ глагола *εἰλόω*, *εἰλώω* въ смыслѣ *torqueo*, *volvo*—скручиваю, свертываю, свиваю.

Если производить ileusъ отъ *εἰλώω*, то, какъ справедливо замѣчаетъ Leichtenstern, это не значитъ, чтобы уже древніе видѣли въ ileus'ѣ болѣзненный заворотъ кишекъ.

Такъ, Hippocratesъ однимъ и тѣмъ-же именемъ „ileus“ обозначалъ какъ признаки, указывающіе на перитонитъ, тифлитъ, острый катарръ кишекъ, увеличеніе живота вслѣдствіе асциты, такъ и вообще весь симптомокомплексъ, свойственный внутренней непроходимости кишекъ.

Причиной ileus'a считалось воспаленіе кишки (*inflammatio*), отсюда—*ileus inflammatorius*. Этимъ объясняется и однозначущее названіе „*chordapsus*“, происходящее отъ *χորδή*—кишка и *ἄπτω*—*necto*, въ смыслѣ *accendere*—воспалять, зажигать.

Hippocratesъ говоритъ: „*Resiccatur enim intestinum et constipatur ex inflammatione, ita ut neque flatum, neque alimenta transmittat. Venter durus fit et vomit interdum imprimis quidem pituitosa, deinde vero biliosa, tandem etiam stercus*“.

(„Кишка ссыхается и замыкается вслѣдствіе воспаления, такъ что не пропускаетъ ни пищи, ни газозъ; происходитъ

запоръ, и появляется рвота, первоначально пищей, затѣмъ желчная и, наконецъ, даже каловыми массами“).

Galen также видитъ въ воспаленіи кишки причину остановки кишечной перистальтики и послѣдовательнаго запора; или обратное направленіе перистальтики со рвотой каломъ и содержимымъ клистировъ.

Причиной воспаленія кишекъ Galen считаетъ также и „collecta materia (pituita) in intestinis, abscessus in substantia intestinorum, obstructio stercoris aridi, skirrhus“...

Установленный, такимъ образомъ, Hippocrates'омъ и Galen'омъ взглядъ на ileus, какъ на болѣзнь, порождаемую воспаленіемъ кишекъ, былъ принятъ и арабскими врачами, добавившими еще новыя подраздѣленія ileus'a. Кромѣ ileus inflammatorius, появился ileus dynamicus, причиной котораго они считали перемѣщеніе „humorum acrium mordentium, biliosorum, pituitosorum“, или газовъ, а отсюда получились названія: ileus humoralis, ileus tympanicus, flatulentus, physodes.

Paracelsus и van-Helmont установили новую точку зрѣнія на сущность ileus'a. Первый считаетъ причиной ileus'a сокращеніе кишекъ, происходящее отъ „раздраженія умножившимся виннымъ камнемъ“, а второй—„увеличенное развитіе газовъ“.

Небезынтересно здѣсь привести еще нѣсколько, подчасъ даже фантастическихъ, теорій, объяснявшихъ причину ileus'a.

Такъ, Boerhaave предполагалъ, что газы происходятъ „inter membranas et in dilatatis glandularum cavis“.

Другіе думали, что газы свободно сообщаются черезъ поры въ стѣнкахъ кишекъ съ полостью живота и, какъ только поры эти закупорятся, начинается картина ileus'a.

Одно время игралъ большую роль еще ileus verminosus. Эта форма была выдѣлена въ XIV стол. Gordon'омъ послѣ того, какъ имъ была найдена во рвотѣ у больного съ внутренней непроходимостью кишечника круглая глиста.

Не меньшую роль игралъ также ileus antiperistalticus. Происхожденіе его объяснялось обратнымъ перистальтическимъ движеніемъ кишекъ—motus intestinorum peristalticus inversus. Въ доказательство приводили находженіе кала и даже содержимаго клистировъ во рвотѣ.

64484 М 2484

ГЛАВА III.

Динамическій ileus.

Подъ терминомъ динамическій ileus мы понимаемъ внутреннюю кишечную непроходимость, происходящую вслѣдствіе нарушенной дѣятельности кишечной мускулатуры, при чемъ дѣлимъ его на два вида: паралитическій и спазматическій ileus.

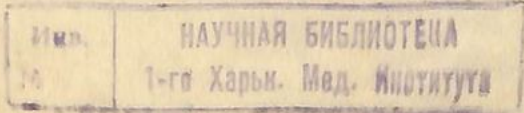
При паралитическомъ ileus'ѣ, какъ показываетъ и само названіе его, мы наблюдаемъ параличъ кишечной мускулатуры; при спазматическомъ—ненормальное сокращеніе ея.

Что касается спазматическаго ileus'a, то многіе авторы совершенно отвергаютъ возможность его, такъ какъ крайне трудно опредѣлить, какія именно формы къ нему относятся. Wilms говоритъ, что бываютъ случаи, гдѣ почти невозможно отграничить спазматическій ileus отъ обтураціоннаго. Такъ, напримѣръ, при нахожденіи въ кишкѣ незакупоривающаго просвѣта ея желчнаго камня, закупорка; вслѣдствіе рефлекторнаго сокращенія стѣнки кишки, все-таки произойдетъ,—здѣсь мы можемъ говорить, съ одинаковымъ правомъ, и о спазматическомъ, и объ обтураціонномъ ileus'ѣ.

Подобное же затрудненіе встрѣчается и при ileus'ѣ, происшедшемъ отъ задержки каловыхъ массъ (Coprostasis), который одними относится къ обтураціонному, другими-же, какъ, напр., Leichtenstern'омъ, къ паралитическому ileus'у.

Наконецъ, встрѣчаются и такіе случаи динамическаго ileus'a, когда сперва появляется спазматическая его форма, смѣняющаяся, затѣмъ, паралитической.

Что касается вообще причинъ, вызывающихъ динамическій ileus, то на первомъ мѣстѣ въ этомъ отношеніи долж-



но быть поставлено воспаление брюшины, а затѣмъ и чисто нервныя вліянія на кишечную стѣнку.

Воспаленіе это можетъ быть какъ мѣстно ограниченнымъ, такъ и распространеннымъ, при чемъ стѣнка кишки болѣе или менѣе захватывается этимъ процессомъ и теряетъ способность къ перистальтикѣ. Слѣдовательно, въ динамическомъ ileus'ѣ самую важную роль играютъ peritonit'ы и, именно, въ острой формѣ.

Наступающій вслѣдъ за воспаленіемъ брюшины параличъ кишки вызывается, повидимому, пропитываніемъ эксудатомъ стѣнки ея и, въ частности, ея мускулатуры, которая, такимъ образомъ, и парализуется путемъ непосредственнаго поврежденія заложенныхъ въ ней нервовъ.

Wilms въ своей монографіи говоритъ еще о pseudoileus'ѣ, т. е. о паралитическомъ ileus'ѣ, вызванномъ не воспаленіемъ.

Этотъ pseudoileusъ наступаетъ послѣ операцій въ брюшной полости, сопровождающихся извлеченіемъ кишекъ наружу.

Въ такихъ случаяхъ, на второй или третій день, при отсутствіи признаковъ peritonit'a, развивается набухлость кишки съ постепенно усиливающимся коллапсомъ больного.

Въ случаяхъ, окончившихся смертью, при вскрытіи находятъ только синекрасныя кишки съ экхимозами, указывающими на травму ихъ во время извлеченія изъ брюшной полости. Признаки же peritonit'a отсутствуютъ.

Этотъ pseudoileusъ носитъ названіе также послѣоперационнаго паралитическаго ileus'a. Болѣе подробно мы на немъ останавливаться не будемъ, за отсутствіемъ подходящаго у насъ матеріала.

Относительно нервныхъ вліяній на кишечную мускулатуру, должно сказать, что здѣсь паралитическое или спазматическое состояніе кишечныхъ петель можетъ находиться въ зависимости какъ отъ нервныхъ узловъ, расположенныхъ въ кишечной стѣнкѣ, такъ и отъ центральной нервной системы.

Позволю себѣ еще разъ здѣсь подчеркнуть, что причины динамическаго ileus'a пока мало изучены, вслѣдствіе чего этотъ отдѣлъ очень рѣдко и отмѣчается. Такъ, напр., въ

нашихъ исторіяхъ болѣзни имѣется одинъ только скорбный листъ съ диагнозомъ: Peus dynamicus ex appendicite. 1901 г., № 5.

1. Паралитическій ileus.

А) Peus paralyticus, вызванный воспаленіемъ брюшины.

Сюда относятся 12 случаевъ его, которые, въ зависимости отъ исходныхъ точекъ воспаленія, распредѣляются на: а) 4 закупорки брыжжеечныхъ сосудовъ, б) 5 случаевъ appendicit'овъ и с) 1 разрывъ intest. ilei и 2 ея перфорации.

а) Закупорки брыжжеечныхъ сосудовъ.

Приступая къ разбору приводимыхъ мной здѣсь 4-хъ случаевъ закупорокъ тромбами мезентеріальныхъ венъ, считаю нужнымъ сказать, что какъ патологія, такъ и клиника этого рода заболѣваній далеко еще не выяснены.

Только за послѣднее время стали сравнительно учащаться сообщенія о нихъ, въ частности, и въ русской литературѣ.

Такъ, напр., недавно, можно сказать, на дняхъ, появилась диссертация—„Къ вопросу объ измѣненіяхъ кишекъ въ зависимости отъ разстройствъ брыжжеечнаго кровообращенія“—уважаемаго моего коллеги д-ра Федоровича. Только что вышла въ свѣтъ и другая его работа—„Къ вопросу о закупоркѣ брыжжеечныхъ сосудовъ“, гдѣ приводится, главнымъ образомъ, патологія трехъ случаевъ закупорокъ тромбами мезентеріальныхъ сосудовъ, имѣвшихъ мѣсто въ С.-Петербургской Маріинской больницѣ для бѣдныхъ.

Изъ этихъ работъ мы узнаемъ, что казуистика случаевъ означенной выше закупорки довольно многочисленна.

Такъ, напр., Deckardt собралъ 63 случая, Neurta 120, Roussel 59, Brunner 125 закупорокъ артерій и 89—венъ. Maucclair и Jascoulet приводятъ нѣсколько новыхъ случаевъ. Изъ русскихъ авторовъ упоминаются Киркоровъ, Гейслеръ, Кусковъ и Пикинъ.

Имѣя въ виду представить, главнымъ образомъ, клиническое теченіе нашихъ случаевъ, я, въ предѣлахъ этого, и коснусь означенной стороны предмета.

Первымъ изъ авторовъ, стремившихся установить симптомокомплексъ при закупоркахъ брыжжеечныхъ сосудовъ, былъ Gerhardt, который въ этомъ случаѣ рѣшающее значеніе придавалъ кровавому стулу. Kussmaul вполне подтвердилъ наблюденіе вышеуказаннаго автора, присоединивъ къ этому главному симптому еще рѣзкія боли въ животѣ, вздутіе и напряженіе его покрововъ, а также и появленіе въ брюшной полости эксудата.

Дальнѣйшими наблюденіями было выяснено, что разсматриваемому заболѣванію, обычно, сопутствовала кишечная непроходимость (Kaufmann, Deckardt); затѣмъ указывали (Nothnagel, Mikulicz), что нѣкоторые случаи сопровождались кровавымъ поносомъ, другіе же — непроходимостью кишекъ. Наконецъ, появились наблюденія (Borszaky, Kölbinger), гдѣ, въ одномъ и томъ-же случаѣ закупорки мезентеріальныхъ сосудовъ, явленія кроваваго поноса смѣнялись явленіями кишечной непроходимости.

Столь разнорѣчивыя мнѣнія Sprengel'ю удалось согласовать на основаніи патолого-анатомической картины каждаго случая закупорки мезентеріальныхъ сосудовъ. Геморрагическимъ инфарктомъ кишекъ онъ опредѣляетъ появленіе кроваваго стула, а наступающими позднѣе прекращеніемъ перистальтики кишки и некрозомъ ея — появленіе кишечной непроходимости.

Другой-же рядъ случаевъ закупорки мезентеріальныхъ сосудовъ, гдѣ сразу обнаруживаются явленія кишечной непроходимости, Sprengel объясняетъ быстро наступающимъ некрозомъ стѣнки кишки, въ зависимости отъ анемической гангрены ея.

Что касается этиологіи означенныхъ закупорокъ, то послѣдняя сводится, частью, къ сифилису печени, циррозу ея, пилефлебиту и другимъ воспалительнымъ процессамъ, гнѣздящимся у воротъ печени. Иногда закупорка возникаетъ послѣ операций желчнаго пузыря, желчныхъ ходовъ, двѣнадцати-перстной кишки и поджелудочной железы. Въ нѣкоторыхъ же случаяхъ причиной образованія закупорокъ являются воспалительные процессы въ кишкахъ, въ

зависимости отъ sepsis, typhus, febris puerperalis, phlegmasia alba dolens, phlebitis нижнихъ конечностей и др.

Тромбы, начинающіеся отъ воротъ печени, т. е. отъ устья *venae portae*, и идущіе къ ея корнямъ, называются нисходящими, начинающіеся же отъ корней и направляющіеся къ главному стволу *venae portae*, носятъ названіе восходящихъ тромбовъ.

Предпославъ эти краткія общія данныя о закупоркѣ брыжжеечныхъ сосудовъ, мы остановимся теперь на причинахъ, заставившихъ наши случаи отнести къ паралитическому *ileus'u*.

Выводы, сдѣланные д-ромъ Федоровичемъ въ его диссертациі, достаточно объясняютъ эти причины. Онъ говоритъ: „пока явленія гипереміи, геморрагіи, при геморрагическомъ инфарктѣ кишекъ, ограничиваются слизистой оболочкой, пока въ мышечномъ слоѣ не наступили рѣзкія дегенеративныя измѣненія, этотъ слой реагируетъ на обильное скопленіе крови въ полости кишки, обуславливая кровавый поносъ. Когда же развиваются измѣненія и въ мышечномъ слоѣ, то перистальтика останавливается“.

Слѣдовательно, добавимъ мы, наступаетъ параличъ кишекъ, вслѣдствіе дегенеративныхъ измѣненій и нервныхъ узловъ, заложенныхъ въ мышечномъ слоѣ кишечной стѣнки.

То же самое можно сказать и относительно ишемического инфаркта, гдѣ также, несмотря на отсутствіе гипереміи и геморрагіи кишекъ, въ послѣднихъ все-таки быстро наступаютъ дегенеративныя измѣненія и некрозъ.

Перехожу къ описанію своихъ случаевъ.

Остановимся прежде всего на томъ изъ нихъ, который представляетъ наибольшій интересъ уже потому, что онъ былъ правильно діагносцированъ при жизни больного — *Anaemia, Thrombophlebites*.

Посмертный его діагнозъ: *Thrombophlebites v. v. portae, lienalis, mesentericae super. Thrombosis parietalis venae cavae infer. et venae renalis d. Gangraena incipiens partis intest. jejuni. Peritonitis exsudat. ser.-fibrinosa ac. Morbus Brygthii crh.*

Больная 24 л. отъ роду, дѣвица, поступила 4/ix-1902 г. съ жалобами на боли въ ногахъ. Боли появились около 1/2-года т. н., при чемъ временами утихали, то снова обострялись. 6 дней, какъ особенно сильно стала болѣть правая нога, на протяженіи отъ колѣна до подошвы. Помимо этого, часто бывали головныя боли, сердцебіенія и боли подъ ложечкой. Родовъ и выкидышей не было, на предшествовавшія болѣзни не указываетъ. Питанія удовлетворительнаго, кожные покровы и видимыя слизистыя оболочки блѣдны.

Я не буду приводить дословно полной исторіи болѣзни изъ-за ея обширности, а ограничусь изложеніемъ только самыхъ главныхъ моментовъ ея.

4/ix.—Правая голень болѣзненна въ нижней трети, по задней поверхности и у обоихъ мышечковъ; у наружнаго мышелка небольшая припухлость.

7.—Появилась болѣзненность по передне-внутренней поверхности праваго бедра, задняя-же поверхность голени нѣсколько припухла. Боли въ ногѣ продолжаютъ.

12.—Почувствовала сильную боль въ лѣвой ногѣ; нога значительно опухла на всемъ протяженіи, твердая, сильно болѣзненна.

18.—Лѣвая нога стала мягче, на бедрѣ значительное развитие подкожныхъ венъ.

22.—Боли въ ногахъ рѣзкія. Сътъ венъ выражена яснѣе.

25.—На лѣвой голени прощупывается болѣзненный толстый сосудъ.

1/x.—Припухлость ногъ почти совсѣмъ опала, боли въ ногахъ прекратились.

2/x—17/xi.—Припухлость ногъ то появлялась, то исчезала; боли въ ногахъ то усиливались, то проходили. Наблюдалась при ощупываніи также болѣзненность на ногахъ по ходу лимфатическихъ сосудовъ.

18/xi.—Появились двѣ красноватая полоса на правой голени, болѣзненныя, начинавшіяся спереди и сзади внутренняго мышелка и оканчивавшіяся почти на одномъ уровнѣ подъ колѣннымъ суставомъ.

23.—На правой ногѣ снаружи, отъ середины голени и до spina ossis ilei anter., тянется изломанной линіей красная, очень болѣзненная полоса.

24.—Означенная выше полоса спустилась до наружнаго мышелка.

26.—Съ наружной стороны праваго бедра нащупывается затромбозированная подкожная вена въ видѣ шнура.

27.—Красноватая полоса появилась и на лѣвомъ бедрѣ снутри;

черезъ 3 дня такая-же краснота обнаружилась снаружи лѣвой голени.

6/xi.—Красноты на ногахъ не замѣтно. Съ этого дня до смерти больной—21/xi—красноты на ногахъ и жалобъ на боли въ нихъ не было.

Особенно же важнымъ въ разсматриваемой исторіи болѣзни является то наблюденіе, что красныя, болѣзненные полосы были находимы и на покровахъ живота. Такъ:

19/xi.—Вблизи l. alba тянется небольшая красноватая полоса; въ подложечной области рѣзко выражены подкожныя вены.

31.—Замѣтна краснота по всему протяженію живота и болѣзненность.

15/xi.—Животъ очень болѣзненъ въ ileocecal'ной области, гдѣ подкожныя вены рѣзче выражены.

Т° почти все время держалась повышенной—до 39,3°. Колебанія между утренней и вечерней т° были небольшія, въ большинствѣ случаевъ на 1/2°, очень рѣдко около 1 1/2° и всего одинъ разъ въ 2°. Потрясающихъ ознобовъ и потовъ не было.

Вообще, относительно т° нужно сказать, что послѣдняя не представляла ничего характернаго въ теченіе означеннаго заболѣванія; повидимому, она находилась въ зависимости отъ степени выраженныхъ тромбофлебитовъ.

То же самое можно сказать и о пульсѣ больной.

Итакъ, мы имѣемъ здѣсь картину тромбофлебитовъ, появившихся сначала на нижнихъ конечностяхъ, а потомъ распространившихся по всему животу.

О причинѣ такого появленія почти по всему тѣлу больной тромбофлебитовъ, за отсутствіемъ соотвѣтствующихъ анамнестическихъ данныхъ, можно говорить только съ нѣкоторой степенью вѣроятности.

Повидимому, здѣсь, на почвѣ застоя венозной крови въ нижнихъ конечностяхъ, въ зависимости отъ нѣсколько ослабленной дѣятельности сердца (наблюдались незначительное его расширение и систолическій шумъ), прежде всего появились боли въ ногахъ. Съ момента же обнаруженія припухлости на нихъ, нужно считать и начало образованія тромбовъ; къ этому почти времени относится и констатированіе

уплотненныхъ, очень болѣзненныхъ венъ, прощупываемыхъ подъ кожей въ видѣ тяжей.

Подобную склонность къ образованію тромбовъ мы должны искать прежде всего въ самой сосудистой системѣ, а также и въ крови, протекающей по ней.

Главная причина означенной слабости сосудовъ, повидимому, заключается въ наследственномъ предрасположеніи. Что-же касается самой крови, то значительно пониженное въ ней содержаніе гемоглобина, по Fleischl'ю 35%, и красныхъ кровяныхъ шариковъ, 4.000.000, даетъ нѣкоторую опору для объясненія повышенной способности ея къ свертыванію, просачиванію черезъ стѣнки сосудовъ, а слѣдовательно, и къ образованію тромбовъ въ нихъ.

Воспалительное состояніе затромбозированныхъ венъ, нужно думать, имѣетъ своей исходной точкой мѣстную инфекцію, т. е. правую голень—мѣсто образованія первыхъ тромбовъ. Хотя у насъ и нѣтъ никакихъ указаній на источникъ происхожденія этой инфекціи, тѣмъ не менѣе, существованіе ея нужно признать несомнѣннымъ.

При такомъ толкованіи даннаго случая, намъ становится вполне яснымъ и дальнѣйшее теченіе заболѣванія.

Пока дѣло ограничивалось распространеніемъ тромбофлебитовъ только на нижнихъ конечностяхъ, у насъ не было и явленій, свойственныхъ закупоркѣ брыжжеечныхъ сосудовъ. Но, по мѣрѣ дальнѣйшаго распространенія тромбофлебитовъ, эта закупорка должна была неизбежно произойти.

И дѣйствительно, мы видимъ, что 2/xii появилась болѣзненность въ лѣвой паховой складкѣ, каковая указывала на вѣроятный тромбозъ *venae cingul. et per continuitatem v. iliacaе ext.* Жалобы, затѣмъ, на боли въ области печени и селезенки, даютъ право заключить о начавшемся тромбозѣ сосудовъ, соотвѣтственныхъ этимъ органамъ. Наконецъ, 13/xii появилось вздутіе живота, сильная его болѣзненность, отрыжка и отсутствіе стула. Логической причиною послѣдняго явленія нужно считать уже закупорку мезентеріальныхъ сосудовъ.

8) Диагнозъ—*Incarceratio interna*. Laparatomia обнаружила опухоль по *col. ascend.* въ области правой почки, оттѣсняющую тонкія кишки въ область малаго таза. Листокъ за 1905 г., № 73.

На основаніи этихъ же немногихъ данныхъ можно судить также и о томъ, какими затрудненіями была обставлена выборка скорбныхъ листковъ съ *ileus*'омъ, а вмѣстѣ съ этимъ, быть можетъ, нѣкоторые случаи его прошли для меня незамѣченными.

Теперь самъ собой назрѣваетъ вопросъ: какой наблюдался % случаевъ *ileus*'а по отношенію ко всему числу больныхъ Маріинской больницы за 15-лѣтній періодъ, и какой % выздоровленія давалъ *ileus* по отношенію къ общему его числу—178 случаямъ, при 54 поправившихся.

Вычисленіе даетъ намъ въ 1-мъ случаѣ 0,24%, во 2-мъ 30,3%.

Мы позволимъ себѣ здѣсь проблематично подойти къ возможнымъ цифрамъ *ileus*'а во всей Россіи путемъ численнаго сравненія всѣхъ ея больныхъ со столицей. Въ Петербургѣ имѣется около 15.000 больничныхъ кроватей съ 8-кратнымъ годовымъ кругооборотомъ больныхъ, слѣдовательно, всего 120.000 чел.

Если мы теперь возьмемъ наши 0,24% по отношенію къ послѣднему числу, то будемъ имѣть больныхъ *ileus*'омъ въ теченіе года около 300 чел., а во всей Россіи, съ населеніемъ въ 100 разъ большимъ столичнаго, цифра эта выразится приблизительно въ 30.000 чел., изъ которыхъ погибаетъ нѣсколько болѣе 20.000.

Конечно, выводы эти, какъ я уже объ этомъ и раньше сказалъ, сильно грѣшатъ въ точности, но они, за неимѣніемъ, по вполне понятнымъ причинамъ, другихъ болѣе опредѣленныхъ данныхъ, все-таки даютъ нѣкоторую возможность судить объ относительной частотѣ заболѣваній *ileus*'омъ.

Для сравненія я приведу здѣсь по Wilms'у цифровыя данныя нѣкоторыхъ другихъ государствъ.

Такъ, Treves указываетъ въ своемъ трудѣ, вышедшемъ въ 1884 г., что въ одной Англійи ежегодно болѣе 2000 человекъ гибнетъ отъ *ileus*'а. По сообщенію англійскаго Regist-

уплотненныхъ, очень болѣзненныхъ венъ, прощупываемыхъ подъ кожей въ видѣ тяжей.

Подобную склонность къ образованію тромбовъ мы должны искать прежде всего въ самой сосудистой системѣ, а также и въ крови, протекающей по ней.

Главная причина означенной слабости сосудовъ, повидимому, заключается въ наследственномъ предрасположеніи. Что-же касается самой крови, то значительно пониженное въ ней содержаніе гемоглобина, по Fleischl'ю 35%, и красныхъ кровяныхъ шариковъ, 4.000.000, даетъ нѣкоторую опору для объясненія повышенной способности ея къ свертыванію, просачиванію черезъ стѣнки сосудовъ, а слѣдовательно, и къ образованію тромбовъ въ нихъ.

Воспалительное состояніе затромбозированныхъ венъ, нужно думать, имѣетъ своей исходной точкой мѣстную инфекцію, т. е. правую голень—мѣсто образованія первыхъ тромбовъ. Хотя у насъ и нѣтъ никакихъ указаній на источникъ происхожденія этой инфекціи, тѣмъ не менѣе, существованіе ея нужно признать несомнѣннымъ.

При такомъ толкованіи даннаго случая, намъ становится вполне яснымъ и дальнѣйшее теченіе заболѣванія.

Пока дѣло ограничивалось распространеніемъ тромбофлебитовъ только на нижнихъ конечностяхъ, у насъ не было и явленій, свойственныхъ закупоркѣ брыжеечныхъ сосудовъ. Но, по мѣрѣ дальнѣйшаго распространенія тромбофлебитовъ, эта закупорка должна была неизбѣжно произойти.

И дѣйствительно, мы видимъ, что 2/xii появилась болѣзненность въ лѣвой паховой складкѣ, каковая указывала на вѣроятный тромбозъ *venaе spermaticae et per continuitatem v. iliacae ext.* Жалобы, затѣмъ, на боли въ области печени и селезенки, даютъ право заключить о начавшемся тромбозѣ сосудовъ, соответственныхъ этимъ органамъ. Наконецъ, 13/xii появилось вздутіе живота, сильная его болѣзненность, отрыжка и отсутствіе стула. Логической причиной послѣдняго явленія нужно считать уже закупорку мезентеріальныхъ сосудовъ.

Въ послѣдующіе дни означенный симптомокомплексъ продолжалъ существовать, стулъ былъ въ небольшомъ количествѣ только послѣ многократныхъ клизмъ, повидимому, изъ нижняго отрѣзка кишекъ. Боли въ животѣ усилились до такой степени, что изслѣдовать больную сдѣлалось невозможнымъ. 18/xii къ этой картинѣ присоединилась мучительная и частая рвота. Больная стала кричать и плакать отъ ужасныхъ болей. 19/xii рвота продолжалась, 20/xii сдѣлалась каловой, икота почти постоянно, въ мочѣ найдено много красныхъ кровяныхъ тѣлецъ,—обстоятельство, заставляющее предположить также тромбозъ и почечныхъ сосудовъ. 21/xii больная умерла.

Такимъ образомъ, передъ нами ясно обозначилась картина *ileus'a*, начавшаяся съ 13/xii.

Что же касается наличности *peritonit'a* и нестерпимыхъ болей въ животѣ, главнымъ образомъ, подъ ложечкой, то, они указываютъ на начавшееся уже омертвѣніе кишекъ и, именно, тонкой.

Неоднократно произведенное микроскопическое изслѣдованіе кала, не обнаружившее ни разу форменныхъ элементовъ крови, говорило намъ какъ-бы объ отсутствіи въ кишкахъ геморрагическихъ инфарктовъ, обычно сопровождающихся сперва слизистой, а затѣмъ и кровавой діарреей. Между тѣмъ, аутопсія этого случая обнаружила, что *jejunum*, на протяженіи одного метра, рѣзко гиперемирована, слизистая ея, соответственно закупореннымъ мельчайшимъ венамъ, темно-красная, мѣстами черная, покрыта налетомъ. Чтобы согласовать эти разнорѣчивыя данныя, нужно допустить, что, благодаря наступившему параличу участка кишки, пораженнаго геморрагическимъ инфарктомъ, содержимое этой кишки не могло быть выведено наружу.

Wilms говорить, что въ зависимости отъ времени поступленія больного, а также, смотря по примѣнявшейся терапіи (морфій, опій), картина будетъ мѣняться, такъ что, въ одномъ случаѣ, будутъ появляться діарреи, въ другомъ же—полная задержка стула, газовъ, вздутіе живота и т. д.

Вышеизложенными данными почти вполне исчерпывается

вопросъ о дифференціальной діагностикѣ разсматриваемаго заболѣванія. Клиническая его картина настолько была ясна и опредѣленна, что не оставалось никакихъ сомнѣній въ правильности прижизненнаго діагноза. Нѣкоторое раздумье могло у насъ появиться только при рѣшеніи вопроса, имѣется ли въ данномъ случаѣ тромбозъ мезентеріальныхъ венъ, или артерій. Обычно, разрѣшеніе этого вопроса является въ высшей степени затруднительнымъ и даже невозможнымъ, вслѣдствіе громаднаго сходства теченія болѣзни какъ въ томъ, такъ и въ другомъ случаяхъ.

Начало, развитіе и характеръ тромбофлебитовъ, о чемъ я подробно говорилъ выше, даютъ намъ право отнести наше заболѣваніе къ закупоркѣ венозныхъ сосудовъ кишечнаго тракта, при чемъ закупорка эта была восходящей, т. е. шла отъ мелкихъ венъ къ болѣе крупнымъ и т. д., слѣдовательно, въ примѣненіи къ системѣ *venae portae*—отъ корней ея.

Прогрессирующее тяжелое теченіе описываемой закупорки мезентеріальныхъ сосудовъ опредѣляетъ тѣмъ самымъ полную безуспѣшность внутренней терапіи. И дѣйствительно, мы видѣли въ нашемъ случаѣ, какъ, шагъ за шагомъ, шло нарастаніе тромбофлебитовъ почти по всему тѣлу. Остановить ихъ распространеніе никакими внутренними мѣрами не удавалось. Когда-же появились грозныя явленія и со стороны кишечника, то вмѣстѣ съ этимъ должна была возникнуть мысль о немедленномъ оперативномъ вмѣшательствѣ.

А priori уже можно сказать по отношенію къ данному заболѣванію, что и операція здѣсь не дала-бы благоприятнаго исхода, потому что случай этотъ требовалъ, по всѣмъ даннымъ, резекціи громаднаго куска кишки.

Помимо этого, рассчитывать на заживленіе операціонной раны *per primam* также нельзя было, въ виду неизбежной инфекции ея со стороны тромбофлебитовъ, которые неминуемо должны были-бы быть разсѣчены во время операцій въ брюшной полости.

Намъ пришлось придти къ столь безотрадному выводу

только въ виду исключительности описываемаго случая, хотя нужно сказать, что результаты при операціяхъ такого рода кишечной непроходимости вообще мало утѣшительны.

У Wilms'a мы находимъ 8 случаевъ тромбоза мезентеріальныхъ сосудовъ, которые были оперированы Talke, и изъ нихъ только одинъ окончился выздоровленіемъ. Тамъ же приводятся еще и болѣе поздніе случаи Kölbinger'a и Garre.

У Kölbinger'a при полной картинѣ тяжелаго *ileus'a*, гдѣ былъ поставленъ діагнозъ *Strangulationsileus*, во время операціи найденъ былъ геморрагическій инфарктъ, вены были затромбозированы. Была сдѣлана резекція части *jejunum* (50 см.),—наступило излеченіе. Случай-же Garre окончился смертью. Здѣсь была сдѣлана 61-лѣтнему больному резекція $1\frac{1}{2}$ м. омертвѣвшей кишки.

Такимъ образомъ, своевременно предпринятый оперативный способъ леченія остается, какъ мы видимъ, единственнымъ, при помощи котораго можно улучшить шансы на выздоровленіе.

Wilms говоритъ, что, въ виду крайней трудности, а иногда и полной невозможности, правильно діагносцировать случаи тромбозовъ мезентеріальныхъ сосудовъ, мы не можемъ исключить и другія формы непроходимости кишечника, для которыхъ операція является единственнымъ спасеніемъ.

Опыты надъ животными и перевязываніе сосудовъ у людей во время операцій показали, что перевязка даже большихъ вѣтвей *arter. et venae mesent. sup. et infer.* можетъ протекать безъ всякихъ послѣдствій въ смыслѣ гангрены кишечника и т. п.

Это наблюденіе еще болѣе убѣждаетъ въ правильности нашего взгляда на полную умѣстность въ такихъ случаяхъ хирургической терапіи.

Намъ остается теперь сказать еще нѣсколько словъ о томъ, въ какомъ періодѣ теченія болѣзни—закупорки мезентер. сосудовъ—оперативное пособіе является наиболѣе цѣлесообразнымъ и можетъ быть даже спасительнымъ.

Когда передъ нами имѣется картина геморрагическаго инфаркта, сопровождаемаго кровавыми діарреями, то выжиданіе самопроизвольнаго излеченія этого инфаркта сопряжено съ громаднымъ рискомъ омертвѣнія кишки и ея прободенія; слѣдовательно, здѣсь хирургическое вмѣшательство имѣетъ полное и немедленное показаніе.

Далѣе, даже въ запущенныхъ случаяхъ, гдѣ, съ большой степенью вѣроятности, можно предполагать наступившее уже омертвѣніе кишки, все-таки слѣдуетъ, какъ *ultimum refugium*, прибѣгать къ немедленному чревосѣченію, такъ какъ нельзя знать напередъ, какъ великъ участокъ кишки, подвергнувшійся инфаркту и послѣдовательному омертвѣнію.

Что касается вопроса, нужно-ли въ данномъ случаѣ произвести резекцію кишки или *anus praeternaturalis*, то здѣсь приходится сообразоваться съ каждымъ случаемъ въ отдѣльности.

Привожу 2-й случай закупорки мезентеріальныхъ сосудовъ, имѣющей тотъ клинической интересъ, что здѣсь наблюдались въ концѣ болѣзни кровавые поносы, которые и привели больного къ смерти.

Больной 65 л., торговецъ, поступилъ 18/v-1909 г. съ жалобами на боли въ животѣ, рвоту послѣ ѣды, 3 дня задержанный стулъ и отсутствіе газовъ. Последнее время животъ увеличился въ объемъ. Считаетъ себя больнымъ года 1½, раньше часто бывали отрыжки, запоры и вздутіе живота. Алкоголикъ.

Въ эпикризѣ исторіи болѣзни говорится, что больной поступилъ съ явленіями болей въ животѣ, задержаннымъ стуломъ и рвотой. Вздутый животъ слегка болѣзненъ. Прощупать ясно можно было только печень. Границы сердца слегка расширены, тоны глухіе, артеріи немного склерозированы. Послѣ клизмы былъ жидкій стулъ. Черезъ 2 дня у больного появилась кровь въ стулѣ и во рвотѣ, что обнаруживалось реакціей съ гваяковой тинкт.; больной сразу ослабѣлъ, сталъ анемичнымъ. Въ желудочномъ сокѣ свободной соляной кислоты нѣтъ. Больной, при возрастающей слабости, умеръ 22/v-1909 г.

Прижизненный діагнозъ—*Neoplasma intestinor.*

Патолого-анатомическій діагнозъ: *Gangraena intestin. ten. et caeci e thrombosi venae mesent. super., progrediens v. portae*

et v. lienalis. Peritonitis seroso-suppurativa acuta et partialis adhaesiva chron. Infarctus multiplices renum et lienis. Endomyocarditis fibrosa chr. Trombosis parietalis ventriculi sin. cordis. Arteriosclerosis. Encephalomalacia rubra haemispherii sin.

Основаніемъ для прижизненнаго діагноза служили: старческой возрастъ, продолжительность болѣзни, около 1½ г., въ теченіе которыхъ больной страдалъ рвотой послѣ ѣды, запорами, кислыми отрыжками, изжогой; отсутствіе въ желудочномъ сокѣ свободной HCl. и, наконецъ, наличность значительнаго колич. крови въ дегтеобразномъ стулѣ и рвотномъ содержимомъ.

На основаніи данныхъ вскрытія, а также и анамнеза, прежде всего можно заключить, что тромбозъ сосудовъ появился здѣсь на почвѣ склероза ихъ; причиной же послѣдняго былъ алкоголизмъ и старческой возрастъ.

Изъ тѣхъ-же анамнестическихъ данныхъ—жалобы на боли въ животѣ и его вздутіе, рвоту, задержанный стулъ въ теченіе 3-хъ дней и неотхожденіе газовъ—видно, что здѣсь была картина *ileus'a*.

Въ больницѣ такое состояніе продолжалось однѣ сутки, а затѣмъ появился стулъ послѣ клизмы. На 3-й день, также послѣ клизмы, было испражненіе въ порядочномъ колич., жидкое, съ кровью, цвѣта мясныхъ помоевъ, рвота была 5 разъ. Послѣ испражненій съ кровью, вздутіе живота уменьшилось. На 4-й день во рвотѣ также была обнаружена кровь.

Такимъ образомъ, изъ клиническаго теченія означенной болѣзни можно видѣть, что бывшая сначала картина *ileus'a* смѣнилась явленіями частаго кроваваго стула и такой-же частой рвоты.

Здѣсь кстати будетъ отмѣтить, откуда появилась кровь въ желудкѣ, извергаемая вмѣстѣ со рвотой.

Патолого-анатомическая картина не объясняетъ причины этого—слизистая желудка гладкая, сѣрая. Слизистая *duodeni* отечная, начальная часть *jejuni* розовая, слизистая *ilei* утолщена, сочная“...

Такимъ образомъ, въ виду отсутствія какихъ-либо данныхъ для допущенія кровоизлиянiя въ области желудка, нужно думать, что кровь попала въ послѣднiй изъ верхняго отрѣзка тонкихъ кишекъ путемъ обратнаго переливанiя содержимаго раздутой и парализованной кишки въ желудокъ.

Съ этимъ вопросомъ мы неоднократно еще встрѣтимся, при дальнѣйшемъ разборѣ случаевъ ileus'a.

Что потеря крови была велика, объ этомъ говоритъ быстро наступившее ослабленiе больного, затемнѣнiе сознанiя и т. д.

Слѣдовательно, съ момента появленiя кишечнаго кровотеченiя, увѣренность въ диагнозъ—*Neoplasma intestinum*—должна была поколебаться.

Допустить возможность такого кровотеченiя вслѣдствiе изъязвленiя новообразованiя въ кишкахъ нельзя потому, что картина ileus'a въ этомъ случаѣ все-таки продолжалась бы оставаться, а здѣсь мы имѣемъ какъ разъ противоположное—многократный стулъ и уменьшенiе вздутiя живота.

Далѣе, предположенiе, что новообразованiе могло занимать желудокъ и изъязвиться, или-же, наконецъ, могла быть просто круглая язва желудка или двѣнадцатиперстной кишки, тоже мало допустимо, такъ какъ въ обоихъ этихъ случаяхъ не было-бы столь ясно выраженной непроходимости кишекъ.

Итакъ, намъ приходится остановиться на наиболѣе вѣроятномъ диагнозѣ—тромбозѣ мезентерiальныхъ сосудовъ.

Относительно терапiи этого случая нужно сказать, что таковая могла быть только хирургической, т. е. образованiе *anus praeternat.*, такъ какъ подозрѣвался здѣсь обтурацiонный ileus e neoplasm. intest., при чемъ операцiю эту нужно было сдѣлать немедленно, чтобы предупредить возможность прободнаго перитонита и скорѣе облегчить страданiя больного. Однако, мы видимъ, что объ умѣстности здѣсь операцiи не было и рѣчи.

Если-же съ самаго начала считать причиной разбираемаго нами ileus'a тромбозъ мезентер. сосудовъ, то, прини-

мая во вниманiе наступившее уже тяжелое состоянiе больного, сильное его истощенiе и старческой возрастъ и, наконецъ, сложность операцiи резекцiи кишки,—прибѣгать къ ней было-бы дѣломъ безнадежнымъ.

Относительно оставшихся неразобранными еще 2-хъ случаевъ закупорки мезентерiальныхъ сосудовъ, я ограничусь только краткими замѣчанiями, такъ какъ они въ клиническомъ своемъ теченiи не представляютъ ничего особеннаго.

Одинъ изъ нихъ относится къ 22-лѣтней больной, умершей послѣ 13-дневнаго пребыванiя въ больницѣ.

Больная поступила 22/xi-1906 г. съ жалобами на отеки ногъ и ломоту въ нихъ, колотье въ правомъ боку, сильныя бѣли.

Въ анамнезѣ значится: 4 недѣли т. н. первые роды.

На 10 день по поступленiи, появились рѣзкiя боли въ животѣ и его вздутiе, затѣмъ вздутiе живота еще болѣе усилилось и появились рвоты. Стулъ былъ послѣ клизмы, присутствiя крови въ немъ не найдено.

4/xii больная умерла при явленiяхъ сердечной слабости.

Прижизненный диагнозъ: *Endometritis post partum. Septicaemia post partum. Anaemia gravis. Pyelonephritis supp. Pleuritis sicca d.*

Посмертный: *Septicaemia post partum. Volvulus incompletus partis inferioris intestini ilei. Gangraena incipiens partis intestini ilei. Peritonitis acuta seroso-haemorrhagica. Thrombosis venae mesentericae superioris. Pylephlebitis supp. Thrombophlebitis supp. venae cavae infer., venae renalis utriusque, venae iliacaе comm. utriusque.*

Послѣднiй случай представляетъ интересъ чисто статистическiй, такъ какъ онъ окончился смертью, спустя 16 час. послѣ поступленiя въ больницу.

На основанiи немногихъ краткихъ данныхъ изъ исторiи этой болѣзни можно только судить, что здѣсь имѣлась полная картина ileus'a, уже дошедшаго до каловой рвоты и коллапса, и что объ оперативномъ вмѣшательствѣ здѣсь и думать не приходилось.

Прижизненный его диагноз—*Incarceratio intest.*

Патолого-анатомический: *Gangraena partis intest. jejuni et partis super. intest. ilei e thrombosi ramorum venae mesentericae super. Thrombosis venae portae. Peritonitis haemorrhagica septica. Thrombosis parietalis aortae abdom.*

b) *Appendicit'ы.*

Къ категоріи паралитическаго *ileus'a* должны быть отнесены тѣ случаи изъ *appendicit'овъ*, гдѣ воспалительный инфильтратъ кишки незначителенъ и ограничивается только набуханіемъ ея стѣнки, которая, извѣстнымъ образомъ, какъ мы уже раньше объ этомъ говорили, парализуется на меньшемъ или большемъ протяженіи.

Какъ только инфильтратъ достигъ большихъ размѣровъ, вслѣдствіе чего просвѣтъ кишки сталъ суживаться, то къ продолжающемуся еще оставаться параличу кишки присоединяется и механическій моментъ закупорки означеннаго просвѣта.

Такимъ образомъ, означенная форма кишечной непроходимости стоитъ уже на границѣ паралитическаго и обтураціоннаго *ileus'овъ* и, въ концѣ концовъ, съ окончательнымъ закрытіемъ кишечнаго просвѣта, можетъ перейти въ чистый обтураціонный *ileus*.

Нѣсколько случаевъ *appendicit'овъ* и отнесены нами къ отдѣлу послѣдняго.

Изъ представляемыхъ мной въ настоящемъ отдѣлѣ 5-ти *appendicit'овъ* только одинъ былъ диагностированъ въ больницѣ, какъ *Ileus dynamicus ex appendicite*. Къ описанію его мы теперь и переходимъ.

Больной 34 лѣтъ, извозчикъ, поступилъ 7/ч-1901 г., на второй день своего заболѣванія, съ жалобами на вздутіе живота, боли въ немъ, задержанный стулъ и частую рвоту. Такое заболѣваніе въ 1-й разъ.

Больной удовлетворительнаго питанія. Животъ вздутъ, въ особенности внизу, очень болѣзненъ. Справа, главнымъ образомъ, прощупываются петли вздутыхъ кишекъ; мочевого пузыря слегка растянута, мочиться больно.

8/ч.—Рвота очень частая, бурая, горькая, безъ запаха, животъ сильно вздутъ, особенно на указанныхъ выше мѣстахъ. Въ области соеі притупленно-тимпаническій тонъ и сильная болѣзненность; икота. Стула не было, газы отходятъ. Языкъ влажный, обложенъ. Слѣва замѣчается выпяляющаяся паховая грыжа. Пульсъ 88, средній. Переводится на хирург. отд.

9.—Ночью была упорная икота, къ утру прекратилась, рвота теперь рѣже, слизью, съ примѣсью желчи. Животъ сильно вздутъ, особенно въ *scrobiculum*, не очень чувствителенъ при ощупываніи. Пульсъ 72, умѣренной силы. Газы отходили, стула не было.

10.—Стулъ былъ 2 раза, довольно обильный, рвота съ утра не повторялась. Напряженіе живота меньше. На боли не жалуется. Пульсъ 72, средняго наполненія.

11.—Вздутіе гораздо меньше, болей нѣтъ. Не тошнило, стула не было.

12.—Стулъ былъ, животъ впалый.

13.—При ощупываніи въ правой подвздошной области опредѣляется слабое треніе.

14.—Животъ опять вздутъ сильнѣе, небольшія боли. Стулъ былъ.

15-16.—*Idem*, стула не было.

17.—Стулъ былъ послѣ клизмы, животъ вздутъ въ подложечной области; пульсъ 92, средняго наполненія.

18.—Животъ вздутъ и напряженъ сильнѣе, не болѣзненъ, видны петли и перистальтика кишекъ. Стулъ былъ небольшой, газы отходили мало. Отказался отъ клизмы и введенія трубки въ задній проходъ.

19.—Былъ незначительный стулъ, газы отходили мало. Животъ вздутъ, особенно выдается въ подложечной области.

20.—Послѣ клизмы было испражненіе, газовъ отошло много, животъ значительно опалъ, тимпаниченъ въ нижней части.

21.—Животъ умѣренно вздутъ, заглушеніе сзади по ходу *colonis ascend.* Газы отдѣляются, пульсъ 96.

22-26.—Стулъ каждый день, больной сталъ ходить.

27.—Выписывается поправившимся.

Прежде всего намъ нужно установить, что въ разбираемомъ случаѣ имѣлась картина вообще *ileus'a*.

Въ этомъ отношеніи за наличность его говоритъ выраженный въ достаточной степени весь симптомокомплексъ, свойственный, обычно, кишечной непроходимости.

Мы имѣемъ здѣсь задержку стула, вздутіе живота, боли

въ немъ и частую рвоту; что-же касается задержки газовъ, то таковая здѣсь была неполной.

Коснемся каждаго въ отдѣльности изъ этихъ симптомовъ.

Съ момента поступления больного, т. е. съ 7-го мая, по 10-е стула не было. Присчитывая-же сюда еще 2 дня до поступления въ больницу, въ которые также отсутствовалъ стулъ, мы будемъ уже имѣть 5 дней полного прекращенія дефекаціи.

Въ тѣсной зависимости отъ задержаннаго стула и незначительнаго отхожденія газовъ находилось вздутіе живота, которое 8/ч достигло уже сильной степени и выразилось сильно вздутыми кишечными петлями, прощупываемыми особенно справа, а также и въ напряженіи брюшныхъ покрововъ. Послѣ обильнаго стула и отхожденія газовъ вздутіе исчезло, и 12/ч животъ наблюдался уже впалымъ.

Далѣе, параллельно со вздутиемъ живота, нарастали и боли, т. е., чѣмъ сильнѣе было растяженіе кишекъ, особенно у мѣста прикрѣпленія ихъ къ брыжжейкѣ, богатой чувствительными нервами, тѣмъ невыносимѣе становился онѣ. 11/ч, какъ только исчезло вздутіе живота, сейчасъ прекратились и означенныя боли.

Въ связи съ интенсивностью болей находилась и рвота, появившаяся съ самаго начала заболѣванія. Такая рвота носитъ названіе инициальной и появляется рефлекторно. Этой рвотой извергается содержимое желудка, а если такового нѣтъ, то выдѣляется желчь съ примѣсью слизи. Рвота эта прекратилась 10/ч, какъ только исчезли боли.

Въ исторіи болѣзни отмѣчается еще и икота, появившаяся съ 9/ч. На икоту смотрять какъ на слѣдствіе судорожныхъ сокращеній грудобрюшной преграды, происходящихъ рефлекторнымъ образомъ при посредствѣ *per vi phrenicæ*, чувствительныя волокна котораго идутъ къ брыжжѣ. Икота эта болѣе уже не возобновлялась по наступленіи стула и по прекращеніи болей въ животѣ.

Что касается діагноза подлежащаго заболѣванія, то сильная болѣзненность и пригипленно-тимпаническій тонъ въ области соесі, а также заглушеніе сзадѣ по ходу *colon ascend.*, достаточно опредѣляютъ его.

По вышеописанной картинѣ теченія этого *appendicitis*'а

видно, что случай былъ довольно тяжелымъ, съ ясными указаніями на воспаленіе брюшины. Тѣмъ не менѣе, благодаря раннему больничному леченію и уходу, онѣ протекъ благополучно.

Относительно причинъ, по которымъ это воспаленіе слѣпой кишки отнесено мной къ паралитическому *ileus*'у, нужно сказать, что онѣ сводятся, главнымъ образомъ, къ слѣдующему:

1) Отсутствіе въ *ileoocaal*'ной области ясно выраженаго инфильтрата, который могъ-бы служить механическимъ моментомъ для появленія кишечной непроходимости.

2) Отсутствіе съ самаго начала заболѣванія перистальтики кишекъ, обычно наблюдаемой при механической закупоркѣ кишечника.

3) Быстро наступившее сильное вздутіе всего живота, свидѣтельствующее о наличности паралича кишекъ. Обычно, при такомъ параличѣ кишекъ появляется пониженный газообмѣнъ между кровью и содержимымъ ихъ, благодаря чему и происходитъ сильное броженіе послѣдняго, а слѣдовательно, и быстрое вспученіе живота.

4) Рвота слизью съ примѣсью желчи, имѣющая своимъ объясненіемъ вышеуказанное паралитическое состояніе кишечника, при которомъ является усиленное выдѣленіе железами желудочно-кишечнаго тракта различныхъ секретовъ, обильно накапливающихся въ немъ.

5) Наконецъ, отсутствіе фекальной рвоты въ теченіе всего заболѣванія, также указывающее, нѣкоторымъ образомъ, на параличное состояніе кишечника, при которомъ, обыкновенно, не происходитъ быстрого смѣшенія его содержимаго; при механическомъ-же *ileus*'ѣ оживленная перистальтика смѣшиваетъ содержимое кишекъ быстрѣе и, такимъ образомъ, каловая рвота наступаетъ, сравнительно, скорѣе.

Относительно оставшихся неописанными 4-хъ случаевъ *appendicitis*'а нужно сказать, что всѣ они окончились летально, вслѣдствіе развившейся гангрены кишки. Одинъ изъ нихъ былъ оперированъ.

Во избѣжаніе повтореній, я не буду останавливаться на нихъ подробно, но считаю все-таки не лишнимъ привести ихъ, кратцѣ, въ нижеслѣдующей таблицѣ:

№ исторіи болѣзни.	Годъ поступленія въ больницу.	Возрастъ и занятіе болѣзнаго.	Семейное положеніе.	Число дней съ начала болѣзненія до поступления въ больницу.	ДИАГНОЗЪ.	День операціи послѣ начала заболѣванія и характеръ ея.	Исходъ.	Число дней жизни.	ПАТОЛ.-АНАТОМИЧ. ДИАГНОЗЪ
6.	1899.	35 л. Черно-рабоч.	Женатъ.	Около 2-хъ недѣль.	Peritonitis.	—	Смерть.	2.	Appendicitis gangraenosa perforat. Peritonitis stercoralis. Septicaemia.
7.	1906.	15 л. Писатель.	Вдовецъ.	2 недѣли.	Aneurysma aortae abd. Ruptura ejus. Ileus.	—	Смерть.	2.	Appendicitis ulcer. Periappendicitis ichorosa supp. Paranephritis supp. d...
8.	1906.	35 л. Машинистъ.	Женатъ.	4.	Volvulus flex. sign.	6 л. Поворотъ кишки не найден. Laparotomia.	Смерть.	2.	Appendicitis supp. perforat. Peritonitis supp. stercor.
9.	1898.	63 г. Придочери.	Вдова.	4.	Peritonitis ex appendicite.	—	Смерть. 9 ч.	—	—

с) Разрывъ и перфорации подвздошной кишки.

Причины, побудившія меня отнести эти 3 случая къ паралитическому ileus'у, будутъ мной приведены при ихъ разборѣ, къ каковому я и перехожу, начиная съ разрыва подвздошной кишки, какъ случая болѣе типичнаго.

Больной 43 л. отъ роду, сторожъ, поступилъ 7/II-1903 г., на 2-й день своего заболѣванія. Анамнестическія данныя указываютъ, что онъ поднялъ тяжесть, послѣ чего черезъ 1 ч. появились боли въ животѣ и рвота. Рвота вчера и сегодня 3 раза, безъ калового запаха. Изъ предшествовавшихъ болѣзней отмѣчается брюшной тифъ, безъ обозначенія времени заболѣванія послѣднимъ, а также запоръ. Животъ рѣзко и равномерно вздутъ. Внизу живота, надъ лобкомъ, справа и слѣва притупленіе. Перистальтики нѣтъ. Рвота безъ запаха. T° 38,3. Пульсъ 132. Газы не отходятъ.

8/II.—T° 36,4. Пульсъ 132. Рвота за ночь разъ 15, безъ калового запаха. Притупленіе внизу живота, какъ вчера.

9.—T° нормальна, пульсъ 120. Животъ менѣе вздутъ. Былъ стулъ. Рвота ночью и утромъ отсутствовала. Притупленіе въ животѣ меньшихъ размѣровъ.

10.—T° норм., пульсъ 120, рвота 1 разъ. Стула не было, газы отходятъ мало. Животъ рѣзко вздутъ.

11.—T° норм., пульсъ 124. Животъ вздутъ рѣзко. Боли въ животѣ продолжаются. Стула не было, газы отходятъ мало. Status gravis.

12.—Тѣ-же явленія, что и раньше. Появилась очень частая рвота съ каловымъ запахомъ. Глаза ввалились. Состояніе больного рѣзко ухудшилось. Произведена пункція толстой кишки, вышло значительное количество газовъ, отчего животъ опалъ, но вскорѣ опять его вздуло.

13-14.—Status gravis. Животъ рѣзко вздутъ, дефекаціи нѣтъ. Икота.

15.—T° 35,6. Пульсъ малъ. Конечности холодны. Животъ рѣзко вздутъ. Произведена пункція толстой кишки. Вышло много газа. Moribundus.

17.—Больной умеръ.

Прижизненный діагнозъ: Peritonitis traumatica exudativa. Septicaemia.

Посмертный: Peritonitis stercoralis tuberculosa acuta. Ruptura intestini ilei cum gangraena partis ejus traumatica. Septicaemia.

Привожу нѣкоторыя патолого-анатомическія данныя:

Въ полости живота воздухъ съ каловымъ запахомъ и калового цвѣта жидкость. Петли кишекъ склеены между собой фибриномъ. На тонкихъ кишкахъ (jejunum) 2 перфорации, въ окружности которыхъ гнойная инфильтрація, вѣроятно, мѣсто пункціи. Нижняя часть ilei гангренифицирована, верхнюю границу гангрены составляетъ поперечный разрывъ кишки. Соответственно выше упомянутому отверстию со стороны слизистой патологическихъ измѣненій не наблюдается. На остальномъ протяженіи рѣдкія поверхностныя изъязвленія. Въ краяхъ разрыва замѣчаются небольшія изъязвленія съ гнойной инфильтраціей...

Въ эпикризѣ значитъ: Поступилъ съ явленіями травматическаго перитонита, разрывъ кишки не предполагался. Секція обнаружила разрывъ конечнаго отдѣла ilei чрезъ всю кишку въ поперечномъ направленіи. Одного изъ наиболѣе цѣнныхъ симптомовъ разрыва кишки—напряженности брюшныхъ мышцъ—здѣсь не было, и потому операція была отвергнута.

Вышеизложенное теченіе болѣзни представляетъ намъ весь симптомокомплексъ, свойственный ileus'у.

Интересъ этой кишечной непроходимости заключается, главнымъ образомъ, въ способѣ ея возникновенія.

Здѣсь параличъ кишекъ произошелъ отъ 2-хъ моментовъ. Первый изъ нихъ относится къ самому разрыву кишки, каковое обстоятельство уже само по себѣ могло вызвать параличное состояніе ея. Второй-же моментъ заключался въ томъ, что совершенно здоровая брюшина, какъ только произошелъ разрывъ кишки, подверглась сразу дѣйствию содержимаго послѣдней.

Слѣдовательно, наступившій параличъ кишечника здѣсь можно разсматривать, какъ непосредственный и быстрый результатъ воздѣйствія на органы брюшной полости прежде всего со стороны травмы, а затѣмъ и кишечнаго содержимаго, какъ посторонняго тѣла.

Согласно даннымъ анамнеза, причиной ileus'a нужно считать травму. Слѣдовательно, исключать возможность разрыва кишки было нельзя, несмотря даже и на то, что въ данномъ случаѣ отсутствовали цѣнный признакъ вообще разрывовъ—напряженность брюшныхъ мышцъ.

Другія объективныя данныя также не давали никакихъ точекъ опоры для того, чтобы вполне опредѣленно высказаться о діагностикѣ этого случая.

Въ общемъ, имѣлась картина внезапно возникшаго тяжелого ileus'a съ признаками начинающагося peritonit'a.

Все это вмѣстѣ взятое и должно было послужить одной изъ побудительнѣйшихъ причинъ къ хирургической терапіи даннаго заболѣванія, тѣмъ болѣе, если принять во вниманіе, что полная картина внутренней непроходимости кишекъ держалась въ теченіе 3-хъ сутокъ, т. е. 6, 7 и 8/11.

Но и при дальнѣйшемъ тяжеломъ теченіи болѣзни, когда, слѣдовательно, выжидать перемѣнъ къ лучшему не было никакихъ оснований, о цѣлесообразности оперативнаго пособия совершенно не упоминается въ скорбномъ листкѣ, а лишь указывается, что 12 и 15/11 сдѣлана пункція толстой кишки. Этой пункціей имѣлось въ виду, повидимому, облегчить нѣсколько страданія больного путемъ удаленія скопившихся въ кишкахъ газовъ.

Кстати, здѣсь же подчеркну, насколько пункція кишки, будучи на первый взглядъ несложной и невинной операціей, можетъ оказаться даже опасной.

Изъ приведеннаго выше протокола вскрытія видно, что на jejunum 2 перфорации, въ окружности которыхъ гнойная инфильтрація, съ другой же стороны, дѣлали пункцію толстой кишки, а пунктированной оказалась тонкая.

Что касается этиологическаго момента, подготовившаго кишечную стѣнку къ разрыву ея подъ вліяніемъ травмы, то въ этомъ отношеніи есть нѣкоторыя указанія въ данныхъ вскрытія, а именно, обнаруженіе небольшихъ изъязвленій съ гнойной инфильтраціей по краямъ разрыва, а также и въ другихъ частяхъ слизистой кишки.

Связывая это обстоятельство съ бывшимъ у нашего больного тифомъ, мы можемъ допустить, что разрывъ кишки произошелъ на означенной почвѣ.

Относительно остальныхъ двухъ случаевъ ileus'a, діагнозъ которыхъ опредѣлился только на вскрытіи: 1) Peritonitis perforativa stercoralis suppur. ex perforatione ilei post typhum, и 2) Peritonitis perforativa suppur. ex perforatione ulceris intest. ilei,—нужно сказать, что по объективнымъ даннымъ они напоминаютъ намъ только что разобранную исторію

болѣзни. Это обстоятельство и послужило поводомъ для отнесения ихъ къ группѣ паралитическихъ ileus'овъ.

Прижизненный діагнозъ перваго изъ нихъ—Peus, второго—Peritonitis ac. Volvulus.

Случаи эти также не были оперированы.

В) Peus paralyticus, вызванный чисто нервными влияніями, невоспалительный.

Сюда относится 1 случай паралича кишекъ при истеріи.

Больная 38 л., поступила 13/х-1896 г. съ жалобами на боли въ животѣ около мѣсяца, схватками; недѣли 2, какъ ни разу не слабило, и боль сдѣлалась постоянной. Недѣлю не выходятъ газы per rectum. Двѣ недѣли, какъ появилась рвота, съ каждымъ днемъ учащающаяся. Боль появилась внизу живота. Раньше такихъ болей въ животѣ никогда не было. Ясныхъ указаній на подвижную почку и на глисты нѣтъ. 3 г. т. н. одинъ выкидышъ на 3-мъ мѣс. Крови (скудныхъ) были 3 недѣли назадъ.

Больная хорошаго питанія. Т° 36,8. П. 84, малый, мягкій. Лицо не осунувшееся, глаза не ввалились. Языкъ суховатъ, бѣлый. Рѣзкій, почти каловой, запахъ изо рта.

Животъ не вздутъ, напрягается лишь при ощупываніи, главнымъ образомъ, въ подложечной области и hypogastrium. Утромъ, при приемѣ, наиболѣе рѣзкая боль была въ epigastrium, соотвѣтственно правому прямому мускулу, а вечеромъ ниже пупка и въ лѣвой половинѣ живота. Прощупать что-либо въ глубинѣ живота, вслѣдствіе напряженія мышцъ и толщины его стѣнокъ, не удается. Тонъ вездѣ тимпаничный, за исключеніемъ легкаго заглушенія кнутри отъ spina ilei ant. sup. sin. Тимпанитъ съ живота непосредственно переходитъ въ лѣвую поясничную область, также болѣзненную при ощупываніи.

Per vaginam—матка въ retroflexio, подвижная, своды свободны. Per rectum—ничего особеннаго.

14/х.—Вечеромъ больную рвало 2 раза водянистой, мутной жидкостью, безъ рѣзкаго запаха. Стула не было, газы не отходятъ. Жалуются на боль надъ лобкомъ и въ лѣвой половинѣ живота. Въ лѣвой поясничной области тимпанитъ. Въ мочѣ бѣлка нѣтъ, обильный осадокъ мочекислыхъ солей.

15.—Самочувствіе лучше. Послѣ клизмы вышла лишь слабо окрашенная жидкость. Ночью вышло около чайной ложки испражнений. Рвоты нѣтъ, газы, по увѣренію больной, не отходятъ.

16.—Ни стула, ни рвоты не было. Foetor ex ore меньше.

17.—Послѣ слабительнаго вышли только газы, но стула не было. Два раза рвало. Неопредѣленные, не точно локализуемые боли въ животѣ.

18.—4 раза слабило жидко.

19-21.—Самочувствіе удовлетворительное, стулъ былъ 1 разъ.

22.—Больная выписалась здоровой.

Діагнозъ—Hysteria.

Въ эпикризѣ этого ileus'a сказано, что больная поступила съ явленіями кишечной непроходимости, продолжавшимися, по словамъ ея, 2 недѣли. Кромѣ задержки стула и кишечныхъ газовъ и повторныхъ рвотъ, не наблюдалось ничего угрожающаго какъ со стороны живота, такъ и со стороны общаго состоянія больной. Въ больницѣ стулъ явился лишь на пятый день, газы стали отходить на четвертый. Путемъ исключенія болѣзнь объяснилась истеріей.

Въ представленной клинической картинѣ даннаго заболѣванія мы имѣемъ налицо почти весь симптомокомплексъ, свойственный ileus'у. На первый взглядъ данныя объективнаго изслѣдованія живота кажутся мало убѣдительными. Но если мы примемъ во вниманіе толщину стѣнокъ живота и ихъ плотность, то намъ станетъ понятнымъ, что вздутіе его должно было проявиться не на счетъ увеличенія объема, а на счетъ напряженія его стѣнокъ. За это говоритъ также и наблюдавшійся по всему протяженію живота и даже со стороны поясничныхъ его областей тимпанитъ.

Главное же вниманіе обращаетъ на себя въ нашемъ случаѣ несоотвѣтствіе между ясно выраженными явленіями внутренней непроходимости кишекъ и самочувствіемъ больного.

Въ этомъ несоотвѣтствіи мы и должны видѣть особенность этиологическаго момента, вызвавшего данный ileus, а слѣдовательно, онъ является и самымъ важнымъ въ дифференціальной діагностикѣ разбираемаго заболѣванія.

Мы могли бы предположить здѣсь простой копростазъ, но данныя объективнаго изслѣдованія, а также и анамнеза совершенно исключаютъ подобное допущеніе. Видѣть въ подлежащемъ заболѣваніи какую-нибудь другую форму обтураціоннаго ileus'a, какъ, напр., компрессию со стороны какого-либо смѣщеннаго органа брюшной полости или патологически увеличеннаго, также нѣтъ никакихъ основаній.

Наконецъ, характеръ припадковъ не даетъ намъ права предположить и какое-нибудь тяжелое страданіе кишекъ.

Съ другой стороны, продолжительность болей въ животѣ, около 1/2 мѣсяца, сначала схваткообразныхъ, а затѣмъ и постоянныхъ, безъ какихъ-либо видимыхъ нарушеній дѣятельности желудочно-кишечнаго канала; затѣмъ, одновременное появленіе задержки стула и рвоты, съ каждымъ днемъ учащавшейся въ теченіе 2-хъ недѣль, безъ особеннаго отраженія на самочувствіи больной; наконецъ, неопредѣленные, не точно локализуемыя боли въ животѣ, данныя т° и пульса, необильный стулъ послѣ двухнедѣльной его задержки—все это говоритъ съ достаточной достовѣрностью, что единственнымъ, допустимымъ здѣсь, причиннымъ моментомъ могла быть истерія, однимъ изъ проявленій которой и было паралитическое состояніе мускулатуры кишекъ.

Въ заключеніе, считаю нужнымъ сказать, что боли въ животѣ, бывшія въ началѣ схватками, а затѣмъ сдѣлавшіяся почти постоянными, можно понимать, какъ бывшую первоначально спазматическую форму ileus'a, перешедшую затѣмъ въ паралитическую.

II. Спазматическій ileus.

Къ этой группѣ динамическаго ileus'a относятся 2 случая:

- а) Нервный спазмъ кишечника безъ опредѣленія причины, его вызвавшей, и
- б) Спазмъ кишечника, вызванный хроническимъ свинцовымъ отравленіемъ.

Первый случай:

Больная 21 г., дѣвица, поступила 16/VII-1907 г. съ жалобами на боли въ животѣ, частую и обильную рвоту, отсутствіе стула и отхожденія газовъ. Заболѣла 3 дня т. н. внезапно. Рвота усилилась за послѣдніе 2 дня, темно-зеленая, вонючая, съ каловымъ запахомъ. Припадки болей въ животѣ были 2 г. т. н., продолжались 2-3 дня; мѣс. 7-8 т. н. боли въ животѣ снова повторились. Родовъ, выкидышей не было. Дома было поставлено 2 клизмы, но безъ результата.

Больная средняго питанія. Со стороны органовъ грудной полости уклоненій отъ нормы не замѣчается. Животъ умѣренно напряженный, нѣсколько болѣзненный, особенно слѣва—по ходу S-гош., гдѣ и опредѣляется заглушеніе перкуторнаго тона. Въ конечностяхъ судороги.

17/VII.—Послѣ вчерашняго подкожнаго впрыскиванія морфія

и атропина боли исчезли, рвота была только разъ ночью, стула не было, газы не отходили, т° 37, п. 90, самочувствіе лучше.

18.—Животъ мягкій, мало чувствительный. Рвота была 1 разъ.

19.—Былъ стулъ нѣсколько разъ, рвоты не было, самочувствіе хорошее. Пульсъ 80, т° норм.

20.—Стула не было, жалобъ никакихъ. Выписывается здоровой.

Диагнозъ: Coprosthesis.

Въ эпикризѣ значителенъ, что больная поступила съ явленіями кишечной непроходимости. Послѣ клизмъ, опія, морфія и атропина, ваннъ и грѣлокъ, на 5-ый день появился стулъ, рвота прекратилась, самочувствіе улучшилось. Предполагался нервный спазмъ кишечника.

Въ этой исторіи болѣзни наше вниманіе невольно обращаетъ на себя то обстоятельство, что при незначительныхъ объективныхъ данныхъ—умѣренно напряженный, нѣсколько болѣзненный животъ—картина ileus'a была здѣсь выражена очень рѣзко, включительно до каловой рвоты, съ наличностью сильныхъ болей въ животѣ и даже судорогъ въ конечностяхъ.

Казалось-бы, разъ продолжается задержка стула и газовъ, то вздутость живота, напряженіе его стѣнокъ, боли въ немъ и рвота должны бы остаться, по крайней мѣрѣ, in statu quo, или даже усилиться. Между тѣмъ, въ высшей степени интересенъ тотъ быстрый эффектъ, который получился послѣ примѣненія подъ кожу морфія и атропина, именно: боли въ животѣ исчезли, самочувствіе улучшилось, животъ сталъ мягкимъ, мало чувствительнымъ, но стула и отхожденія газовъ за это время не было.

Это необычное обстоятельство и наводитъ на мысль, что допущенное нами толкованіе этого случая ileus'a, какъ спазматическаго, находить въ вышесказанномъ себѣ оправданіе и вполне вѣроятно.

Нужно полагать, что боли въ животѣ были результатомъ имѣвшагося спазма какой-либо части кишечника, при которомъ содержимое ихъ, какъ при стенозѣ, встрѣчало препятствіе въ означенномъ мѣстѣ для своего прохожденія.

Затѣмъ, рано наступившую рвоту нужно также отнести на счетъ рефлекса со стороны нервовъ кишечника, такъ какъ

характеръ ея происхожденія не походить на ту рвоту, которая появляется при сильно выраженномъ метеоризмѣ и обратномъ переливаніи обильнаго содержимаго кишекъ въ желудокъ.

Наконецъ, наблюдавшіяся судороги въ конечностяхъ указываютъ на вообще повышенную у больной чувствительность нервной системы.

Судить о причинѣ описаннаго спазма кишечника, за отсутствіемъ какихъ-либо данныхъ, представляется затруднительнымъ. Повидимому, и этотъ случай относится къ ряду кишечныхъ расстройствъ на почвѣ истеріи.

Довольно сходнымъ по клиническому теченію съ предыдущимъ заболѣваніемъ является и 2-й случай. Но въ виду нѣкоторыхъ особенностей этой исторіи болѣзни, я считаю нужнымъ привести и ее.

Больной 20 л., словолитчикъ, поступилъ 12/VI-1908 г. съ жалобами на боли въ животѣ, повторную рвоту, съ примѣсью крови и безъ нея, начавшуюся 2 дня т. н., задержанный стулъ, временами судороги въ ногахъ и затрудненное мочеиспускание. Служить съ 14 л. въ словолитнѣ, имѣетъ дѣло со свинцомъ. Подобные припадки случаются раза 3-4 въ году; иногда появляются кашель, боли въ груди, сердцебиеніе и головныя боли.

Больной плоховатаго питанія, кожа и слизистыя оболочки блѣдны. Животъ напряженъ, слегка втянутъ, очень болѣзненъ. Временами появляется какъ-бы перистальтика. Подложечная область довольно рѣзко вздута. Въ области colon ascend. легкое заглупшеніе звука, и кишка, повидимому, сокращенная, ясно обрисовывается и прощупывается. Газы не отходятъ.

13/VI.—Рвота желчью продолжается. Въ виду сильной болѣзненности живота, былъ вприснутъ морфій. Больной нѣсколько успокоился. Въ мочѣ слѣды бѣлка, зернистые, гіалиновые цилиндры, лейкоциты.

14.—Газы плохо отходятъ. Боли въ животѣ, стула не было. Животъ вздутъ, заглупшенія въ ileocecal'ной области нѣтъ, звукъ тимпаническій.

15.—Газы отходятъ, животъ мягче, болѣзненность его значительно меньше, стула не было.

16.—Плаксивъ, рѣзкая анестезія на языкѣ и гиперестезія по всему тѣлу. Стулъ 2 раза, жидкій.

Съ 17 по 26, — день выписки больного, — стулъ почти ежедневно, боли въ животѣ совершенно прекратились, самочувствіе съ каждымъ днемъ улучшалось.

Диагнозъ: Colica saturnina. Hystero-neurasthenia.

Изъ вышеизложеннаго явствуетъ, что у насъ имѣется полная картина внутренней кишечной непроходимости. Анамнестическія данныя вполне выясняютъ намъ этиологию ея. Отсюда и позволительно сдѣлать заключеніе, что описываемый случай также относится къ отдѣлу динамическаго ileus'a.

Объективныя же данныя опредѣляютъ и форму этого ileus'a, именно, спазматическую. За это говорятъ: напряженіе живота и втянутость его покрововъ; болѣзненность, особенно въ правой сторонѣ, и появляющаяся тамъ по временамъ перистальтика кишекъ, съ легкимъ заглупшеніемъ звука; наконецъ, рѣзкая вздутость подложечной области.

Повидимому, подвергшаяся спазму часть кишки располагалась въ правой половинѣ живота и вызвала, такимъ образомъ, кишечную непроходимость. Это, въ свою очередь, создало уже рѣзкую вздутость подложечной области на счетъ скопленія газовъ въ приводящемъ отрѣзкѣ кишечника, т. е. выше мѣста нахождения препятствія въ кишкѣ.

Трактовать этотъ случай, какъ ileus obturatorius, вызванный coprosta's'омъ, нѣтъ достаточныхъ основаній. Здѣсь не было значительнаго скопленія кала въ толстыхъ кишкахъ, такъ какъ появившійся въ дальнѣйшемъ стулъ не былъ обильнымъ, всего 2 раза. Затѣмъ, интенсивность и характеръ болей, уступавшихъ только дѣйствию морфія, также говорили противъ coprosta's'a. Наконецъ, начало страданія со рвотъ, а затѣмъ уже появившаяся задержка стула и газовъ представляли-бы собой клиническую картину, необычную для coprosta's'овъ.

Здѣсь мы могли бы еще допустить возможность appendicit'a. Но бывшее въ началѣ заглупшеніе въ ileocecal'ной области, спустя короткое время, совершенно исчезло, а вмѣстѣ съ этимъ отпадаетъ и сдѣланное нами предположеніе.

Такимъ образомъ, мы должны смотрѣть на сокращенную въ правой сторонѣ живота и ясно обрисовавшуюся кишечную петлю, какъ на спазмъ ея чисто нервного свойства, въ зависимости отъ общаго хроническаго отравленія больного свинцомъ, факта, несомнѣнно устанавливаемаго анамнестиче-

ческими данными и данными изслѣдованія вообще нервной системы нашего больного.

Заключая главу о динамическомъ ileus'ѣ, мы отмѣтимъ еще разъ, что всѣхъ случаевъ его мы имѣли 15, изъ нихъ окончившихся выздоровленіемъ было 4, т. е. 26,6%. Оперированъ былъ только 1 случай, окончившійся смертью. Неоперированныхъ было 14, съ 4-мя выздоровленіями (падавшими на 1 случай воспалительнаго происхожденія и 3—невоспалительнаго), т. е. 28,6%.

ГЛАВА IV.

Обтураціонный ileus.

Обтураціонный ileus или непроходимость кишекъ въ слѣдствіе закупорки ихъ — *Peus obturatorius* s. *Peus propter obturationem*—представляетъ собою первый изъ 2-хъ громадныхъ отдѣловъ механической непроходимости кишекъ, въ составъ которой входитъ и другой, не менѣе громадный, отдѣлъ—Странгуляціонный ileus или непроходимость кишекъ въ слѣдствіе странгуляцій—*Peus strangulationis* s. *Peus, propter strangulationem*.

Принимая во вниманіе характеръ и свойства препятствій, вызывающихъ вообще обтураціонный ileus, а также ихъ расположеніе и мѣсто возникновенія, мы, въ примѣненіи сказаннаго къ нашему больничному матеріалу, будемъ имѣть: а) 17 случаевъ копростазовъ, б) 19 компрессій кишекъ, в) 18 сращеній и перетяжекъ кишекъ, д) 17 суженій кишекъ до полной ихъ непроходимости и, наконецъ, е) 11 случ. инвагинацій кишекъ.

При дальнѣйшемъ погруппномъ описаніи обтураціоннаго ileus'a, мною будутъ всякій разъ приводиться причины, заставившія меня отнести ихъ къ означенному отдѣлу кишечной непроходимости.

Здѣсь же, кстати, считаю нужнымъ еще разъ упомянуть о томъ, что указанное дѣленіе механическаго ileus'a не можетъ обнять всѣхъ возможныхъ и разнообразныхъ его формъ, а потому довольно часто находишься въ нерѣшительности, въ какой изъ отдѣловъ надлежитъ отнести тотъ или другой случай кишечной непроходимости.

a) *Coprostas'ы.*

Прототипом закупорки кишечной трубки должно считаться такое состояние кишки, когда просвѣтъ ея, въ томъ или другомъ мѣстѣ, совершенно заполняется свободными тѣлами, будь то желчные и кишечные камни, или твердые каловыя массы и вообще тѣла, не стоящія ни въ какой связи съ кишечной стѣнкой. Это, собственно говоря, и будетъ закупорка или обтурація кишки.

Переходя, въ частности, къ приводимымъ нами здѣсь случаямъ закупорки кишекъ фекальными массами, мы и будемъ разсматривать ихъ, какъ копростазы, обусловливающіе обтураціонный ileus.

Что касается мнѣнія Leichtenstern'a и нѣкоторыхъ другихъ авторовъ, которые всѣ копростазы принимаютъ за паралитическіе, то едва-ли оно вездѣ будетъ вѣрнымъ.

Въ предыдущей главѣ мы привели нѣсколько случаевъ, диагностированныхъ какъ copostas'ы, и отнесли ихъ къ динамическому ileus'у, при чемъ выяснили причины этого. Случай же, гдѣ могутъ скопиться въ толстыхъ кишкахъ каловыя массы въ громадномъ количествѣ, должны быть отнесены къ ileus'у обтураціонному.

Правда, при медленно нарастающихъ copostas'ахъ чрезмѣрное растяженіе и безъ того уже вяло работающаго кишечника можетъ повлечь за собой, въ концѣ концовъ, параличъ кишечной мускулатуры и вызвать, такимъ образомъ, динамическую непроходимость, но послѣдняя, все-таки, будетъ являться слѣдствіемъ начальной обтураціи кишки фекальными массами.

Wilms указываетъ еще и на то обстоятельство, что толстыя кишки, подъ вліяніемъ привычныхъ запоровъ, могутъ терпѣвать измѣненія въ своей формѣ, положеніи и длинѣ, т. е. можетъ появиться ненормальное расширеніе толстой и кишки съ болѣе сильными искривленіями, изгибами ея и удлиненіемъ — все это моменты, благоприятствующіе какъ задержкѣ въ кишкахъ каловыхъ массъ, такъ и дальнѣйшему

накопленію ихъ, даже и въ томъ случаѣ, когда перистальтика толстыхъ кишекъ довольно энергична.

Наконецъ, встрѣчаются прирожденныя, ненормальныя искривленія толстой кишки, которая уже сама по себѣ вызываютъ обтурацію ея чисто механическимъ образомъ.

Изъ представляемыхъ мной здѣсь 17 случаевъ обтураціоннаго ileus'a, вызваннаго копростазами, 13 случаевъ я отношу къ группѣ болѣе или менѣе быстро протекшей кишечной непроходимости, а остальные 4 — къ затяжному ея теченію, при чемъ изъ каждой группы я приведу только болѣе типичныя исторіи болѣзни.

Coprostas'ы съ явленіями быстро протекшей кишечной непроходимости.

Изъ этой группы я остановлюсь на слѣдующихъ 5 случаяхъ:

1). Больной 58 л., плотникъ, поступилъ 3/VI-1897 г. съ жалобами на „схватывающія“ боли въ области живота, частую рвоту и запоръ. Боленъ 3-й день.

Больной средняго питанія. Языкъ обложенъ, сухъ. Нерв не увеличена, пер не прощупывается. Abdomen болѣзненъ по всему протяженію, даже при перкуссии, особенно въ подвздошныхъ областяхъ. Мѣстами замѣтно выпячиваніе его стѣнокъ (петли кишекъ). Животъ вздутъ, напряженъ, частое урчаніе. Пульсъ 80, правильный, t° нормальна.

4-5/VII.—Самочувствіе больного нѣсколько улучшилось послѣ однократнаго стула, животъ менѣе болѣзненъ и напряженъ, рвоты не было.

6.—Послѣ клизмы обильный стулъ, утромъ слѣд. дня еще разъ густо. Небольшая болѣзненность около пупка, здѣсь же прощупывается и содержимое кишечныхъ петель. Жалобы на боли въ заднемъ проходѣ и зудъ.

7.—При изслѣдованіи пальцемъ въ rectum нащупываются геморроидальные узлы. Животъ почти безболѣзненъ.

8.—Боли въ заднемъ проходѣ мѣшаютъ акту дефекаціи, жалобы на боли по тракту сѣдалищнаго нерва въ лѣвой ногѣ.

9-10.—Status idem.

11.—Стулъ нѣсколько разъ, обильный, безъ всякихъ болей. Выписывается здоровымъ.

Больничныи диагнозъ: Coprostitis.

Случай этот интересен по этиологии, вызвавшей картину ileus'a. Найденные в rectum геморроидальные, болѣзненные узлы мѣшали акту дефекаціи и заставляли больного избѣгать его—это съ одной стороны, съ другой же, они механически заграждали просвѣтъ anus'a и, такимъ образомъ, содѣйствовали накопленію каловыхъ массъ въ толстыхъ кишкахъ.

Конечно, въ данномъ случаѣ нельзя отрицать и вліянія присущей старческому возрасту вялости кишечника. Но это послѣднее обстоятельство не играло преобладающей роли въ образованіи coprostat'a. Такъ, мы видимъ, что по временамъ замѣчалось выпячиваніе стѣнокъ живота, вслѣдствіе перистальтики кишекъ и ясно слышалось частое урчаніе. Затѣмъ, за отсутствіе въ нашемъ случаѣ паралитической формы ileus'a говорить также и сильная болѣзненность живота по всему его протяженію.

Свести эти явленія къ перитониту—нѣтъ достаточныхъ данныхъ, при вполне нормальныхъ t° и пульсѣ; слѣдовательно, на эту болѣзненность живота нужно смотрѣть, какъ на результатъ сильной перистальтики кишекъ надъ мѣстомъ ихъ закупорки, растяженія стѣнокъ ихъ и происходящаго вслѣдствіе этого сдавленія кишечныхъ нервныхъ узловъ.

2). Больной 51 г., плотникъ, поступилъ 31/vii-1899 г. съ жалобами на запоръ и вздутіе живота въ теченіе 8 дней. За послѣдніе 10 л., 1-3 раза въ годъ, повторялись запоры со вздутиемъ живота, но обычно все проходило. Предшествовавшихъ болѣзней не указываетъ, lues отрицаетъ.

Больной хорошаго питанія, пульсъ 45 (?), t° норм. Печень и селезенка не опредѣляются, животъ рѣзко вздутъ, тимпаниченъ, вслѣдствіе колоссальнаго расширенія толстыхъ кишекъ и, по преимуществу, flex. sigm., фигура которой ясно выступаетъ черезъ его покровы. Окружность живота 115 снт.

1/viii.—Пульсъ 72. Животъ по прежнему вздутъ, испражненія были, а отхожденія вѣтровъ не было.

2.—Окружность живота 115 с., но онъ менѣе напряженъ. Ночью были испражненія съ отхожденіемъ вѣтровъ.

3.—Съ 12 ч. ночи наступило опорожненіе кишекъ обильными массами. Животъ мягкій, окружность 90 снт.

4.—Вздутіе живота исчезло, стулъ жидкій. Окружность живота 86 снт.

5.—Животъ вялый, стулъ жидкій.

7.—Выписывается здоровымъ.

Диагнозъ: Coprostatis.

При разсмотрѣніи означенной исторіи болѣзни, на первый взглядъ кажется нѣсколько необычнымъ, что при столь продолжительномъ и сильно выраженномъ вздутіи живота совершенно не было рвоты. Но, принимая во вниманіе, что въ толстыхъ кишкахъ процессы разложенія и гніенія ихъ содержимаго вообще не велики; затѣмъ, что накопленіе большого количества жидкости въ означенныхъ кишкахъ не имѣетъ мѣста, вслѣдствіе способности ихъ быстро поглощать таковую (жидкость); наконецъ, низкое расположеніе закупорки, въ концѣ кишечника,—всѣмъ этимъ мы и объясняемъ отсутствіе рвоты.

Далѣе, мы видимъ колоссальное расширеніе толстыхъ кишекъ и, по преимуществу, flex. sigm., ясно обозначающейся черезъ покровы живота. Такое, изъ ряда выходящее, выпученіе толстой кишки нужно приписать закрытому Баугиніеву клапану. Это обстоятельство, косвеннымъ образомъ, также могло содѣйствовать и означенному отсутствію рвоты, такъ какъ тонкія кишки оставались сравнительно мало вздутыми, вслѣдствіе плотнаго закрытія Баугиніевой заслонки, служившей препятствіемъ обратному передвиженію содержимаго толстыхъ кишекъ въ тонкія кишки.

Что въ данномъ случаѣ мы не имѣли volvulus'a flex. sigm., объ этомъ говоритъ, между прочимъ, и анамнезъ: испражненій не было 8 сутокъ,—а затѣмъ, и все теченіе означеннаго заболѣванія при норм. пульсѣ и t° ; здѣсь также не было ни, столь обычныхъ при volvulus'ѣ, сильныхъ болей въ животѣ, ни вообще тяжелыхъ и бурныхъ явленій, свойственныхъ этому роду кишечной непроходимости и т. д.

3). Больная 32 л., портниха, заболѣла 2 дня т. н. Внезапно появились боли внизу живота, былъ ознобъ, тошнота, рвота раза 3. Поступила въ больницу 16/xi-1894 г.

Больная хорошаго питанія, языкъ слегка обложенъ. Abdomen сильно вздутъ, напряженъ, крайне болѣзненъ, особенно въ нижней части. Прощупать, вслѣдствіе напряженности и сильной болѣзненности живота, ничего невозможно. Пульсъ 100, дых. 40, t° 38,7.

17/xi.—Животъ вздутый, напряженный, болѣзненный. Склеры

иктеричны. Въ мочѣ незначительная муть. Нерѣзкая реакція Гмелина.

18.—Животъ сильно вздутъ, болѣзненъ, всюду тимпанитъ. Стула не было. Клизма не подѣйствовала. Т° 37,2.

19.—Животъ вздутъ по прежнему. Рвота 5 разъ, всюду тимпанитъ. Въ мочѣ бѣлокъ, зернистые цилиндры.

20.—Боли въ правомъ подреберьѣ, животъ по прежнему вздутъ. Послѣ клизмы небольшой, жидкій стулъ. Стали отходить газы.

21.—Начали сильно отходить газы. Послѣ клизмы слабило 4 раза. Стулъ имѣетъ желтую окраску, животъ значительно опалъ. Лицо и склеры иктеричны.

22.—Самочувствіе хорошее, болей нѣтъ, животъ вздутъ незначительно, стулъ 7 разъ, жидкій.

23.—Стулъ 5 разъ, животъ опалъ.

24.—Въ мочѣ бѣлка и форменныхъ элементовъ нѣтъ. Стулъ 4 раза, окрашенъ въ желтый цвѣтъ.

25-29.—Самочувствіе удовлетворительное.

30.—Выписывается выздоровѣвшей.

Диагнозъ: Coprostitis.

Изъ анамнеза этой исторіи болѣзни мы видимъ, что тошнота и рвота появились здѣсь очень быстро—въ теченіе 2-хъ дней. Рано наступившую рвоту мы можемъ разсматривать какъ рефлекторную, тѣмъ болѣе, что наступленію рвоты благоприятствовала еще имѣвшаяся у больной желтуха, которая сама по себѣ иногда сопровождается ею.

Наблюдаемое въ нашемъ случаѣ повышение т° вплоть до наступленія стула понимается нами какъ результатъ всасыванія кишечникомъ продуктовъ гніенія его содержимаго. А что гніеніе кишечнаго содержимаго происходило болѣе усиленно,—объ этомъ говоритъ наличность той-же желтухи, при которой процессы гніенія идутъ быстрымъ шагомъ, вслѣдствіе отсутствія желчи съ ея обеззараживающими свойствами.

Далѣе, стулъ появился только на 5-й день больничнаго пребыванія. Несомнѣнно, что непоступленіе въ кишечникъ желчи, возбуждающей перистальтику кишекъ, имѣло извѣстное значеніе и въ этомъ смыслѣ. Наконецъ, нахожденіе въ мочѣ бѣлка и зернистыхъ цилиндровъ обязано той же причинѣ.

4). Больная 32 л., кормилица, поступила 12/v-1903 г. съ жалобами на отсутствіе стула въ теченіе 7 сутокъ и боли въ животѣ; 2 дня т. н. была рвота и тошнота. Страдала и раньше запорами по 3-4 дня.

Питаніе удовлетворительное, языкъ обложенъ, суховатъ, т° 38,1, пульсъ 100. Abdomen вздутъ значительно, кишечникъ растянута газами; видны черезъ тонкую брюшную стѣнку перистальтическія движенія кишекъ; вздувается то colon transversum, то отдѣлъ тонкихъ кишекъ. Притупленія нигдѣ не замѣчается. Стулъ задержанъ, вѣтры не отходятъ.

13.—Вздутіе живота нѣсколько меньше, боли небольшія, усиливающіяся временами. Вѣтры не отходятъ.

14.—Былъ стулъ 3 раза, обильно прослабило. Вздутіе живота исчезло.

15-21.—Самочувствіе хорошее.

22.—Выписалась здоровой.

Диагнозъ: Coprostitis.

Этотъ случай приведенъ мной потому, что въ немъ рѣзко обозначилась перистальтика кишекъ. Считаю необходимымъ здѣсь же вообще сказать нѣсколько о перистальтикѣ кишекъ, такъ какъ при описаніи динамическаго ileus'a не представлялось повода коснуться этого вопроса.

Провести черту, отграничивающую нормальную перистальтику кишекъ отъ повышенной, усиленной, почти невозможно. Повышенная перистальтика кишекъ, по Nothnager'ю, можетъ встрѣчаться: 1) при ненормальности содержимаго кишекъ (кислоты и сильное газообразование); 2) при введеніи слабительныхъ средствъ; 3) при воздѣйствіи термическихъ или химическихъ раздраженій и, наконецъ, 4) при механическомъ ileus'ѣ.

Особенности этой усиленной кишечной перистальтики заключаются въ томъ, что она, обычно, сопровождается громкими, своеобразно звонкими шумами. Эти шумы происходятъ вслѣдствіе того, что содержимое кишекъ, продвинутое во время усиленной перистальтики по направленію къ мѣсту нахожденія механическаго препятствія, обратно возвращается, по прекращеніи перистальтики, съ сильнымъ шумомъ въ пустыя и вялыя, расположенныя выше препятствія, кишечныя петли.

Въ нашемъ случаѣ мы видѣли, какъ вздувались то col. transversum, то отдѣлъ тонкихъ кишекъ. О томъ, что это

вздутие сопровождалось громкими шумами, в истории болезни не упоминается. Тем не менее, нужно полагать, что шумы эти существовали и особенно в то время, когда вздувался отдел тонких кишек, который и при нормальном состоянии обладает перистальтикой, более энергичной, чем толстая кишка.

5). Больной 50 л., слесарь, поступил 14/VI-1906 г. с жалобами на появившиеся внезапно, 4 дня т. н., боли в живот в области пупка и под ложечкой, запор и отсутствие отхождения газов. Рвоты появились на 2-й день заболевания.

Больной хорошего питания. Вены на ногах расширены, язык слегка обложен, живот резко вздут, выпячивается особенно в подложечной области. Перкуторный тон живота ясно тимпанический, *mesogastrium et hypogastrium* с притупленно-тимпаническим оттенком, особенно слева в области *S-gomani*, где и резистентность больше. При дыхании стénки живота движутся свободно. Резкой болезненности при ощупывании не определяется. Подкожные вены на живот расширены. В моче присутствие индикана, моча пигментирована, насыщена, тончайшие слéды бёлка.

15/VI.— Ни стула, ни вéтров не было. Живот по прежнему вздут.

16.— Стул был частый, обильный. Самочувствие лучше. Вечером была рвота, 2 раза, обильная, зеленого цвёта, живот меньше вздут.

17.— Стул был нёсколько раз. Живот мягкий, безболезненный, расширенные вены на живот значительно спали.

18-22.— Самочувствие вполне хорошее.

23.— Выписывается здоровым.

Диагноз: *Coprostasis. Ileus ex obturatione.*

Заслуживающим внимания в этой истории болезни является описание вздутости живота: живот резко вздут, особенно выпячивается в подложечной области. Такую форму вздутости называют „острым животом“. Кстати, здесь же скажу, что если вздутие сильнее выражено в боковых частях живота, то оно обозначается тогда „широким“. Причина вздутия лежит, конечно, в вялости брюшных покровов. Чем более они вялы, тем сильнее развивается метеоризм и придает ту или другую форму животу.

О вялости брюшных стéнок говорят и наблюдаемая у нашего больного расширения подкожных вен, как на

живот, так и на ногах, а также и возраст его— 50 лёт.

Свободную подвижность стéнок живота во время дыхания мы понимаем как указание на небольшую болезненность или полное ее отсутствие в брюшной полости.

Другим, обращающим на себя внимание, моментом в нашей истории болезни является нахождение в моче индикана. Образование индикана относят, как известно, на счет гниения бёлков в кишках и последовательного всасывания его кровью и выделению, затем, мочей. Когда же в кишечнике происходит ненормально повышенное гниение бёлковых веществ, то это образование индикана принимает более широкие размеры.

Исследованиями различных авторов установлено, что при закупорке кишечного канала моча часто может содержать большое количество индикана, при чем, при нахождении препятствия в тонких кишках, моча всегда содержит большое количество индикана, иногда превышающее в 10—15 раз нормальное его количество (5—20 mlg). Nothnagel, на основании экспериментальных данных, доказывает, что наличие индикана в моче при односторонней закупорке кишек очень небольшая, но уже на 2-я и 3-и сутки она может достигнуть больших размеров. При закупорке толстых кишек увеличение количества индикана в моче или может совершенно не наблюдаться, или же может иметь место в тех случаях, когда означенная закупорка затягивается на продолжительное время.

Нельзя не коснуться здесь вопроса, насколько ценной является индиканурия в смысле распознавания *ileus'a*.

В виду того, что при перитонитах и вообще кишечных заболеваниях нередко наблюдается увеличенное гниение бёлков, значение индиканурии для диагностики *ileus'a* сильно падает, а потому и пользование ею может быть только условным.

Так, наприм., в разбираемом случае, присутствие индикана в моче еще более убеждает нас в правильности нашего диагноза, уже основанного на целом ряде других признаков, свойственных кишечной непроходимости.

Coprostas'ы съ затяжнымъ теченіемъ кишечной непроходимости.

Изъ этой группы особеннаго вниманія заслуживаютъ слѣдующіе 4 случая:

1 и 2). Больной 40 л., смотритель, поступилъ 20/1-1902 г. съ жалобами на боли въ животѣ, рвоту, запоръ. Стула не было 5 дней. Боли въ животѣ начались 3 дня т. н. сразу, а затѣмъ появилась довольно частая рвота. Подобныя же заболѣванія случались и раньше нѣсколько разъ.

Больной ослабленнаго питанія, слизистыя оболочки блѣдноваты, языкъ сухъ, обложенъ. Животъ вздутъ, при ощупываніи болѣзненъ повсемѣстно; въ лѣвой подвздошной обл. и въ правомъ подреберьѣ притупленность тона. Селезенка перкуторно увеличена, не прощупывается. Моча идетъ плохо, съ рѣзью. Клизма не дала результата.

21.—Рвота желтаго цвѣта, съ каловымъ запахомъ. Осунувшееся лицо. Языкъ сухой. Пульсъ 88. Животъ вздутъ; жидкость въ полости живота прибавилась, уровень ея стоянія выше пупочной линіи, болѣзненность при ощупываніи небольшая.

22.—Стула не было, газы отходятъ. Самочувствіе и видъ больного лучше, чѣмъ вчера. Пульсъ 88, средняго наполненія. Моча идетъ съ рѣзью. Реакція на индиканъ положительная.

23.—Ухудшеніе общаго состоянія. Лицо больше осунулось. Пульсъ 104. Животъ по прежнему вздутъ, линія притупленія на 2 пальца выше пупка, боли въ животѣ не сильныя. Рвота частая, съ каловымъ запахомъ. Стула не было, газы не отходятъ. Клизма безъ результата.

24.—Общее состояніе безъ перемѣнъ. Icterus склеръ выраженъ яснѣе. Животъ вздутъ, рвота продолжается, газы не отходятъ, стула не было.

25.—Желтизна склеръ больше выражена, рвота частая, съ каловымъ запахомъ. Животъ вздутъ сильнѣе, жидкости въ полости его больше. Пульсъ 84. Газы не отходятъ, стула не было.

26.—Ночью обильный стулъ, сильно вонючій, желтаго цвѣта, отошли газы, животъ опалъ, болѣзненности при ощупываніи нѣтъ, рвоты прекратились, пульсъ 84. Появился сильный аппетитъ.

27.—Животъ мало вздутъ, жидкости въ немъ не опредѣляется, болей нѣтъ. Стулъ былъ послѣ клизмы.

28.—Стулъ былъ обильный, безъ болей, газы отходятъ хорошо. Животъ мягкій.

29.—Самочувствіе вполне хорошее.

10/п.—Выписанъ выздоровѣвшимъ.

Діагнозъ—Peus.

Спустя около 1¹/₂ г., 17/чч-1903 г., тотъ же больной снова

поступилъ въ больницу съ подобнымъ же заболѣваніемъ, исторію котораго будетъ не лишнимъ привести вкратцѣ.

Поступилъ съ жалобой на боль въ животѣ, вздутіе его и рвоту. Стула и отхожденія газовъ не было 5 дней.

Языкъ сухой, животъ вздутъ, болѣзненъ всюду, перкуторный тонъ пониженъ слѣва, гдѣ и сопротивляемость стѣнки живота больше. Печень поднята до 4-го ребра, селезенка не перкутируется.

18/чч.—Послѣ высокой клизмы появился обильный стулъ; слабило въ продолженіе всей ночи. Животъ не вздутъ, пульсъ 72.

19-22.—Самочувствіе вполне хорошее. Стулъ ежедневно, обильный; животъ не вздутъ, инфильтрата нигдѣ, не прощупывается, болей нѣтъ.

23.—Выписывается здоровымъ.

Діагнозъ—Peus.

Представленный случай coproostas'a по своему тяжелому теченію можетъ легко быть принятъ за volvulus. Отъ этого смѣшенія насъ удерживаютъ слѣдующія данныя.

Изъ анамнеза мы знаемъ, что стула не было 5 дней, и только на 3-й день появились боли въ животѣ, а затѣмъ и рвота. Слѣдовательно, внезапности болей, имѣющей, обычно, мѣсто при volvulus'ѣ, здѣсь не было.

Далѣе, то обстоятельство, что въ полости живота имѣлась жидкость и что таковая съ каждымъ днемъ прибывала, должно было, на первый взглядъ, убѣдить насъ, что здѣсь шла рѣчь, повидимому, о воспалительномъ экссудатѣ. Изъ дальнѣйшей же исторіи болѣзни мы видимъ, что, какъ только наступилъ стулъ и отхожденіе газовъ,—присутствія этой жидкости въ полости живота болѣе уже не опредѣлялось. Допущеніе, что вся жидкость успѣла всосаться въ теченіе нѣсколькихъ часовъ, мало вѣроятно. Затѣмъ, трудно себѣ представить, чтобы при volvulus'ѣ, послѣ наступленія стула, могла сразу исчезнуть почти безслѣдно та тяжелая картина, которая наблюдалась до него.

Затѣмъ, въ исторіи болѣзни мы все время читаемъ, что животъ вздутъ, болѣзненъ всюду, и понимаемъ это вздутіе, какъ равномерное. Между тѣмъ, характеръ вздутія живота при volvulus'ахъ, какъ намъ извѣстно, въ большинствѣ случаевъ бываетъ иной: выпячивается сильнѣе то область пупка, то область слѣпой кишки, то flexurae sigmoid.

Очень цѣнныя данныя можно найти и въ свойствахъ пуль-

са. При *volvulus*'ахъ одновременно со рвотой начинается сильный коллапсъ, пульсъ становится малымъ и мягкимъ, число ударовъ далеко за 100, появляется потъ и т. д. У насъ же, при наличности каловой рвоты, перечисленныхъ явленій не было.

Наконецъ, приведенная нами исторія вторичнаго подобнаго же заболѣванія, спустя 1½ г., гдѣ несомнѣнно имѣлся *coprostitis*, опредѣляетъ уже этимъ самымъ и характеръ перваго заболѣванія.

Что касается этиологій даннаго *coprostitis*'а, то, вѣроятно, причиной его могъ, отчасти, служить нижній отрѣзокъ толстыхъ кишекъ, видоизмѣнившійся по своей формѣ, и положенію, вслѣдствіе привычныхъ запоровъ и часто повторявшихся *coprostitis*'овъ, а отчасти и ослабленная дѣятельность кишечника на почвѣ подорваннаго питанія больного.

Въ клиническомъ теченіи означеннаго заболѣванія представляетъ интересъ появившаяся на 7-й день каловая рвота. Въ разобранныхъ выше случаяхъ *coprostitis*'овъ до сихъ поръ о каловой рвотѣ ни разу не упоминалось, и вообще нужно сказать, что такой характеръ рвоты наблюдается при *coprostitis*'ахъ очень рѣдко и, при томъ, въ затянувшихся ихъ формахъ. Въ виду сего, въ діагностикѣ такихъ случаевъ приходится быть крайне осторожнымъ.

Время наступленія каловой рвоты вообще при непроходимости кишекъ трудно поддается какому-либо учету. Она можетъ наступить слишкомъ рано, чуть ли не въ самомъ началѣ заболѣванія. Быть можетъ, это зависитъ отъ измѣненнаго выдѣленія секретовъ желудочно-кишечнаго тракта, отъ примѣненія ранней терапіи, дачи слабительныхъ, отъ той или другой силы перистальтики кишекъ и пр.

Нельзя того же сказать о каловой рвотѣ при *coprostitis*'ахъ. Здѣсь рвота, обычно, наступаетъ только тогда, когда развился метеоризмъ. Сперва происходитъ рвота пищей, затѣмъ присоединяется рвота желчными массами и, наконецъ, желтымъ содержимымъ кишекъ съ каловымъ запахомъ.

Подтвержденіемъ всего вышесказаннаго и служить представленная исторія болѣзни: вначалѣ была задержка стула и газовъ, черезъ два дня послѣ этого, когда развился метеоризмъ, появилась рвота содержимымъ желудка и только на 7-й день каловая рвота.

3). Больной 15 л., дворянинъ, поступилъ 6/iv-1901 г. съ жалобами на отсутствіе стула въ теченіе 10 дней, боли въ животѣ и ежедневную рвоту, начавшіяся 6 дней т. н. Слабительныя и клизмы оставались безъ результата.

Больной довольно плохого питанія. Животъ сильно напряженъ, значительно равномерно вздутъ; при перкуссии—кверху отъ пупка тимпанитъ, книзу тупой звукъ. При ощупываніи—область съ притупленнымъ звукомъ болѣзненна. Пульсъ 92, t° 37.7/iv.—Животъ по прежнему вздутъ и болѣзненъ. Рвоты не было.

8.—*Idem*, стула не было.

9.—Была разъ рвота. Напряженіе живота меньше, стула не было.

10.—Былъ жидкій стулъ.

11.—Былъ еще разъ стулъ. Напряженіе живота небольшое, всюду тимпанитъ, притупленнаго звука нѣтъ.

12.—Самочувствіе довольно хорошее, есть аппетитъ, стула не было, животъ мало вздутъ.

13.—Стула не было, аппетитъ хорошій, животъ равномерно, умеренно вздутъ.

14.—Утромъ былъ стулъ. Животъ незначительно вздутъ.

15-19.—Самочувствіе хорошее, стулъ почти ежедневно, животъ не вздутъ.

20.—Утромъ былъ незначительный стулъ, жалуется на колотье въ животѣ, животъ немного вздутъ.

21.—Колотье въ животѣ продолжается.

22.—Стулъ 1 разъ—очень мало. Животъ значительно вздутъ, при пальпаціи умеренно болѣзненъ подъ ложечкой.

23.—Колотье значительно меньше, стула не было.

24.—Самочувствіе хорошее, стула опять не было.

25.—Былъ стулъ значительный.

26.—Стулъ правильный.

27-30.—*Idem*.

1/v.—Выписывается здоровымъ.

Діагнозъ приѣмнаго покоя—*Incarceratio interna*.

Діагнозъ больничный—*Coprostitis*.

Въ эпикризѣ этой исторіи болѣзни сказано:

Поступилъ съ явленіями внутренней непроходимости. Были даже показанія (неполныя) къ оперативному пособію. Къ счастью, было рѣшено выжидать, и больной поправился отъ однихъ терапевтическихъ мѣропріятій.

Изъ вышесказаннаго можно заключить, что случай этотъ былъ изъ тяжелыхъ. Въ предыдущихъ, разобранныхъ нами, исторіяхъ болѣзни мы ни разу не встрѣчали такого *coprostitis*'а, когда нужно было бы подумать объ оперативномъ вмѣшательствѣ.

Изъ свойства самой закупорки при *soprostas'axъ*, о чемъ мы уже раньше говорили, слѣдуетъ, что хирургическая терапия при подобныхъ заболѣваніяхъ является наврядъ ли умѣстной, даже въ случаяхъ съ тяжелыми клиническими явленіями.

Устранить закупорку кишечника можно и различными внутренними средствами. Такъ, напр., при помощи клизмъ можно достигъ размягченія затвердѣвшихъ комковъ кала, а вмѣстѣ съ этимъ могутъ наступить и болѣе благоприятныя условія для свободного прохожденія закупоривающей пробки; тѣ же клизмы могутъ возбудить и усиленную перистальтику. Эта же перистальтика можетъ быть возбуждена и регулирована при помощи слабительныхъ, атропина, и т. д.

Я полагаю, что и въ нашемъ случаѣ мысль объ операціи появилась только потому, что не было увѣренности въ поставленномъ діагнозѣ.

И на самомъ дѣлѣ. Нашему больному всего 15 лѣтъ отъ роду, возрастъ, который меньше всего можетъ указывать на атонію кишечника, а слѣдовательно, и на могущіе произойти на этой почвѣ упорные и длительные копростазы. Затѣмъ, сравнительно бурное теченіе этого *soprostas'a*, сопровождавшагося тяжелой картиной *ileus'a*, могло наводить на размышленіе о возможности въ данномъ случаѣ какой-либо другой формы кишечной непроходимости, какъ, напр., инвагинаціи кишекъ, столь свойственной молодому возрасту.

Такую возможность легко было допустить и на основаніи объективныхъ данныхъ, особенно въ первые дни пребыванія больного, когда налицо было сильное напряженіе живота, боли въ нижней половинѣ его, гдѣ опредѣлялся тупой звукъ, верхняя же половина живота представлялась тимпаничной.

Я думаю, что мысль объ операціи и возникла, именно, въ это время, такъ какъ дальнѣйшее теченіе заболѣванія не оставляло уже никакихъ сомнѣній на счетъ истинной его причины.

4). Больная 40 л., прачка, поступила 22/xi-1902 г. съ жалобами на запоръ въ теченіе 4-хъ дней, затѣмъ появились боли внизу живота. Вскорѣ присоединилась рвота, газы не отходятъ.

Больная хорошаго питанія, языкъ сухой, обложенный, животъ рѣзко вздутъ, печень поднята.

23.—Пульсъ 84, удовлетвор., t° 37. Вздутость живота рѣзкая, рвоты не было, стулъ 3 раза жидкій.

24.—Животъ рѣзко вздутъ, болѣзненъ. Рвота была ночью, газы почти не отходятъ.

25.—Всю ночь рвота, сильныя боли въ животѣ. Стула не было.

26.—Рвота была 1 разъ. Боли въ животѣ значительно меньше. Газы отходятъ въ большомъ количествѣ. Стула не было. Самочувствіе лучше.

27.—Рвоты не было, стула нѣтъ, вздутость живота меньше. Газы отходятъ хорошо.

28.—Рвоты нѣтъ, стула также.

29.—Болей нѣтъ, животъ еще вздутъ. Стулъ обильный послѣ клизмы. Рвоты не было.

30/xi-3/xii.—Болей нѣтъ. Кишечникъ освобождается отъ содержимаго при помощи клизмы, животъ вздутъ мало, появился аппетитъ. Въ *rectum varices hemorrhoidal*.

4-7.—На боли въ животѣ не жалуется, стулъ ежедневный, частью оформленный. Жалуется на общую слабость.

8.—Нашупывается болевая точка подъ лѣвымъ подреберьемъ и *ovarium*, анестезія зѣва.

9-20.—Появились *menses*, боли въ области *ovarii* продолжаютъ.

21.—Больная выписалась поправившейся.

Діагнозъ: *Incarceratio interna*. *Hysteria*.

Эта исторія болѣзни мной приведена потому, что въ ней рѣзче всего выразилось, какую роль играетъ скопленіе газовъ при *soprostas'axъ*, даже и въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ является стулъ, но отхожденіе газовъ незначительное, и обратнo, когда газы отходятъ, а стула нѣтъ.

23/xi стулъ былъ 3 раза, жидкій; тѣмъ не менѣе, 24/xi животъ оставался рѣзко вздутымъ, болѣзненнымъ, рвота продолжалась, газы не отходили. Та же картина болѣзни держалась 25-го и частью 26-го, когда, наконецъ, начали отходить газы въ большомъ количествѣ, стула же не было.

Послѣдствіемъ отхожденія газовъ было прекращеніе рвоты, вздутость живота уменьшилась, боли въ животѣ прошли и самочувствіе улучшилось.

Входить въ разборъ причинъ только что сказаннаго я не буду, такъ какъ мной уже неоднократно, хотя и отрывочно, объ этомъ говорилось.

Ниже, въ таблицѣ, привожу исторіи болѣзней изъ группъ *soprostas'ovъ*, не попавшихъ въ описаніе.

Заканчивая группу копростазовъ, мы еще разъ считаемъ нужнымъ подчеркнуть, что всѣ имѣющіеся у насъ 17 случаевъ ихъ окончились выздоровленіемъ. Слѣдовательно, % выздоровѣвшихъ равнялся 100.

Оперированныхъ случаевъ не было.

b) Обтураціи вследствие сдавленія (compressio) кишечника.

Сюда мы отнесемъ всѣ компрессіи, обусловленныя давленіемъ снаружи на различные участки кишечнаго канала, до полного уничтоженія его просвѣта, со стороны:

- 1) органовъ брюшной полости, измѣнившихъ свое положеніе подъ вліяніемъ тѣхъ или другихъ причинъ;
- 2) органовъ той же полости, подвергшихся патологическому увеличенію;
- 3) опухолей, развивающихся по сосѣдству съ кишечникомъ, а также и на его брыжжейгѣ;
- 4) большихъ абсцессовъ и инфильтрацій въ брюшной полости, а въ частности, въ области малаго таза, именно, женскихъ половыхъ органовъ, и
- 5) наконецъ, инфильтрацій самихъ же кишечныхъ стѣнокъ, суживающихъ просвѣтъ кишки до полной его непроходимости.

Приведемъ на каждую изъ этихъ группъ соответствующіе случаи:

1) Больная 42 л., дѣвица, повивальная бабка, поступила 4/x-1896 г. съ жалобами на сильныя боли въ животѣ въ теченіе 3-хъ дней. Боль появилась внезапно, въ правой половинѣ живота, ниже пупка, отдаетъ въ правую ногу и въ поясницу. Вчера и третьяго дня частая рвота и отрыжка. Газы не отходятъ. Нѣсколько лѣтъ страдаетъ постоянными болями въ животѣ, вследствие правой подвижной почки. Подобная картина болѣзни за послѣдніе три года бывала раза 4, но продолжалась не болѣе 1-2 дней.

Больная плохого питанія. Лицо слегка осунувшееся. Т° 37,3. Пульсъ 96, дых. 20. Животъ шарообразно вздутъ въ нижней и средней третяхъ. Подложечная область вздута сравнительно умеренно. Печеночная тупость выражена очень слабо, селезеночная отсутствуетъ. Животъ напряженъ, болѣзненъ, особенно съ правой стороны ниже пупка.

5/x.—За ночь боли въ животѣ успокоились, къ утру отошли газы. Животъ вздутъ немного меньше. Рвоты не было.

№ исторій болѣзни.	Годъ поступления въ больницу.	Возрастъ и занятіе больного.	Семейное положеніе.	Число дней съ начала заболевания до поступления въ больницу.	ДИАГНОЗЪ.	День операціи послѣ начала заболевания и характеръ ея.	ИСХОДЪ.	Число болѣзненныхъ дней.	ПАТОЛОГО-АНАТОМИЧ. ДИАГНОЗЪ.
21.	1902	50 л. Чернораб.	Жен. натъ.	1.	Сорростазъ.	—	Выздор.	4.	—
22.	1896	26 л. Мадляръ.	Холостъ.	4.	Сорростазъ.	—	Выздор.	7.	—
23.	1906	36 л. Фельдшеръ.	Жен. натъ.	5.	Обтураціо intest.	—	Выздор.	12.	—
24.	1904	65 л. При слѣтѣ.	Жен. натъ.	1.	Сорростазъ.	—	Выздор.	8.	—
25.	1902	30 л. Извозчикъ.	Жен. натъ.	1.	Сорростазъ.	—	Выздор.	4.	—
26.	1907	30 л. Фабричная.	Дѣвица.	2.	Volvulus (?).	—	Выздор.	9.	—
27.	1894	24 л. Прислуга.	Дѣвица.	4.	Intercæcæo intema.	—	Выздор.	11.	—
32.	1906	24 л. Наборщикъ.	Холостъ.	5.	Сорростазъ Пленс obturatus.	—	Выздор.	24.	—

6.—Нѣсколько разъ появлялось непродолжительное усиленіе болей въ правой половинѣ живота дергающаго характера. Животъ вздутъ сильно, напряженъ, вездѣ тимпанитъ. Газы отходили утромъ. Стула не было.

7.—Съ вечера рѣзко усилились колющія боли въ животѣ, отдающія въ правую половину поясицы. Два раза впрыскивался морфій. Животъ *in statu quo*. Утромъ немного отошло газовъ. Рвота была 1 разъ. Мочи мало.

8.—Послѣ ванны боли въ животѣ успокоились, но ночью рѣзко усилились. Животъ вздутъ, какъ барабанъ. Поставлена клизма, послѣ чего вышло немного сухого кала и газы.

9.—Нѣсколько разъ слабило, много выходило газовъ. Животъ мягче; прощупать правую почку не удается.

10.—Болей въ животѣ нѣтъ. Слабило и выходили газы. Животъ мягкій и вздутъ умѣренно, почки прощупать не удается.

11.—Вздутіе живота не вполне еще прошло.

12.—*Idem*.

13.—Стула не было третій день. Въ постели, съ возвышеннымъ ножнымъ концомъ, не совѣмъ ясно прощупывается въ глубинѣ праваго подреберья край почки. Стулъ былъ.

14-15.—Край почки ясно прощупывается въ глубинѣ подреберья.

16-17.—Стулъ былъ.

18-19.—Сидитъ въ постели.

20-21.—Стулъ черезъ день, черезъ два. Иногда неопредѣленныя боли въ верхней части живота.

22-23.—Больная носить бандажъ на животѣ. Понемногу ходить.

24-25.—*Idem*.

26-29.—Отъ предложенной операціи пришиванія правой подвижной почки больная отказывается; край почки по прежнему прощупывается въ глубинѣ подреберья.

30.—Больная выписывается.

Діагнозъ: *Ren mobilis d.*

Въ эпикризѣ сказано:

Больная, много лѣтъ страдающая болями въ правой половинѣ живота, обусловленными правой подвижной почкой, поступила въ больницу съ явленіями непроходимости кишечника, но безъ общихъ тяжелыхъ симптомовъ, свойственныхъ этой непроходимости. Черезъ нѣсколько дней эти явленія быстро прекратились; по всей вѣроятности, онѣ зависѣли отъ одустившейся, а, можетъ быть, и перекрутившейся вокругъ своей оси почки.

Діагнозъ этого случая обоснованъ какъ на анамнестическихъ данныхъ, сомнѣваться въ справедливости которыхъ едва ли возможно, имѣя въ виду достаточную интеллигентность больной, такъ и на данныхъ объективнаго изслѣдованія и теченія означеннаго заболѣванія.

Я ограничусь здѣсь упоминаніемъ только тѣхъ изъ нихъ, которыя могли говорить, главнымъ образомъ, за достовѣрность поставленнаго діагноза. Это—боль въ правой половинѣ живота ниже пупка, отдающая въ правую ногу и поясицу; затѣмъ, нѣсколько разъ появлявшееся непродолжительное усиленіе болей въ правой половинѣ живота дергающаго характера и, наконецъ, ясное прощупываніе въ глубинѣ подреберья края правой почки.

По приложенному къ исторіи болѣзни письму больной, въ которомъ она проситъ выдать ей свидѣтельство о неспособности ея къ какому-либо труду, можно судить, насколько страданія блуждающей почкой серьезны, если сравнительно молодого человѣка заставляютъ искать помощи у благотворительности.

Единственнымъ выходомъ изъ такого тяжелаго положенія могла быть только операція, именно, пришиваніе почки, тѣмъ болѣе, что она совершенно безопасна и результаты ея въ большинствѣ случаевъ положительны. Къ сожалѣнію, больная отъ предложенной ей операціи отказалась.

Что касается этиологіи даннаго заболѣванія, то, по всей вѣроятности, ее скорѣе всего нужно искать въ общемъ ослабленіи питанія тканей и, въ частности, въ жировой клѣтчаткѣ, фиксирующей нормально почки.

Въ заключеніе, я хотѣлъ бы подчеркнуть то обстоятельство, что случаи непроходимости кишечника, вызываемые давленіемъ со стороны подвижныхъ почекъ, крайне рѣдки. Wilms въ своей монографіи по поводу этого рода кишечной непроходимости ограничивается только нѣсколькими замѣчаніями.

2). Больной 56 л., дворянинъ, поступилъ 18/VI-1908 г. въ тяжеломъ состояніи, съ жалобами, что 2 дня т. н. появились сильныя боли въ животѣ, сопровождающіяся дурнотой и холоднымъ потомъ, а затѣмъ, вздутіе живота. Запорами раньше не страдалъ

и всегда имѣлъ правильный стулъ. При изслѣдованіи врачами на дому у больного, найденъ былъ въ области flex. sigmoid., шарикъ, величиной со сливу, болѣзненный при давленіи, и вообще болѣзненность при ощупываніи локализовалась больше слѣва. Рвоты и икоты за эти 2 дня не было. Впрыскивался атропинъ подъ кожу.

Больной правильного сложения, тучный. Животъ вздутъ, съ поперечной бороздой подъ пупкомъ. Всюду тимпанитъ, слѣва, въ области S-gomani, небольшое заглушеніе и болѣзненность при давленіи. Справа тоже небольшое заглушеніе, при давленіи же боль отдаетъ въ лѣвую сторону. Шарикъ, который прощупывался вчера, сегодня изъ-за увеличившагося вздутія живота прощупать не удастся. Поставлена высокая масляная клизма. Масло вышло окрашеннымъ каловыми массамаи. Пульсъ при поступленіи 88, t° 36,6. Въ 9 ч. веч. пульсъ 108, 1 разъ рвота. Животъ больше вздутъ. Была поставлена клизма изъ ромашки, и когда она вышла съ газами, то была окрашена каловыми массамаи, но твердаго кала не было.

19/vi.—Животъ мягче, рвоты не было, испражнений также. Газы не отходили. Пульсъ 80, хорошаго наполненія. Нѣсколько разъ икота. Поставлена опять клизма съ ромашкой, вышла окрашенная мелкими хлопьевидными комками. Языкъ сухой, обложенъ.

20.—Поставлена снова клизма съ ромашкой. Вышла вода, окрашенная каломъ, отошли также газы. Животъ мягче. Пульсъ 104, плохого наполненія. Вечеромъ сдѣлана масляная клизма.

21.—Послѣ вчерашней масляной клизмы выдѣлилось знач. колич. жидкаго кала, газы также отходили, животъ in statu quo, пульсъ 120, въ правой сторонѣ живота звукъ пониженъ, слѣва животъ выровнялся, звукъ тимпаничный. T° 37,8.

22.—Пульсъ едва нащупывается, небольшая синюха, которая стала наростать. Тоны сердца слиты. Со стороны живота тѣ же явленія, что и вчера. Газы нѣсколько отходили. T° 38,9. Больной умеръ.

Прижизненный диагнозъ: Peus. Neoplasma.

Посмертный: Pancreatitis haemorrhagica cum intumescencia ejus. Necroses multiplices textus cellulosi adiposi cavi peritonei disseminatae. Peritonitis acuta incipiens. Cholelythiasis. Degeneratio adiposa et dilatatio ventriculi sin. cordis. Obesitas universalis.

Что въ данномъ случаѣ была несомнѣнная картина ileus'a, — на этомъ наврядъ ли слѣдуетъ долго останавливаться. Мы имѣемъ здѣсь задержку стула, газовъ, сильныя боли въ животѣ, вздутіе его, затѣмъ, рвоту, икоту — словомъ, весь

симптомокомплексъ, присущій внутренней непроходимости кишекъ.

За механическую непроходимость кишекъ здѣсь говорятъ слѣдующія данныя: заболѣваніе началось внезапно, безъ всякой видимой причины; обычно правильный стулъ смѣнился его задержкой, со вздутіемъ живота съ поперечной бороздой подъ пупкомъ; болѣзненность при ощупываніи локализовалась, главнымъ образомъ, въ области flex. sigmoid., и слѣва животъ былъ выпуклымъ, чѣмъ справа; наконецъ, сильныя боли въ животѣ сопровождалась дурнотой и холоднымъ потомъ.

Всѣ эти явленія болѣзни и старались, какъ мы знаемъ, объяснить neoplasm'ой толстой кишки, которую даже нащупывали въ началѣ заболѣванія, въ видѣ шарика въ области flex. sigmoid.

Слѣдовательно, трактуя этотъ случай, какъ механическій ileus, необходимо было возможно скорѣе, до появленія 21/vi ясныхъ признаковъ peritonit'a, произвести операцію, будь то образованіе anus praeternaturalis, resectio intestini и т. д.

Однако, мы видимъ, что этого сдѣлано не было, а предпочтено было выждать еще нѣкоторое время.

Аутопсія этого случая обнаружила:

Въ полости живота небольшое колич. грязно-сѣрой жидкости. Peritoneum пристѣлочная и серозная оболочка кишекъ сѣрая, нѣсколько тусклая. Около кишекъ и въ брыжеекѣ значительное отложеніе жира, съ разсѣянными въ немъ многочисленными и поверхностно расположенными бѣлыми пятнами, отъ просяного зерна до горошины величиной; особенно въ большомъ колич. въ кишечникѣ, ближе къ панкреатической железнѣ. Flexura col. sin. отдалена кзади и нѣсколько спалась, выходная часть желудка приподнята кпереди, также какъ и нисходящая часть duodeni, рѣзко увеличенной, плотной головкой панкреатической железы. Pancreas рѣзко увеличенъ, плотная, въ передней половинѣ темно-красная, рисунокъ ея неясенъ, съ разсѣянными желтыми и грязно-сѣрыми пятнами, отъ просяного зерна до горошины и болѣе величиной...

Такимъ образомъ, мы видимъ, что въ наличности компрессіи со стороны рѣзко увеличенной головки pancreas'a на желудокъ, двѣнадцатиперстную кишку и толстыя кишки, со смѣщеніемъ означенныхъ органовъ, повидимому, и заклю-

чалась та механическая причина, которая вызвала непроходимость кишечника.

Однако, предполагать, что въ теченіе всей болѣзни существовала одна только обтураціонная форма ileus'a, наврядъ ли будетъ правильно.

Со дня появленія ясныхъ признаковъ peritonit'a, мѣняется и характеръ ileus'a, т. е. начинаетъ преобладать паралитическая его форма. Это подтверждается какъ клиническимъ теченіемъ болѣзни, т. е. повышеніемъ t° , учащеніемъ пульса и его прогрессирующей слабостью, такъ и объективными данными, т. е. появленіемъ равномерно выраженнаго по всему животу метеоризма, вмѣсто прежней выпуклости его въ лѣвой сторонѣ.

Что касается леченія подлежащаго заболѣванія, то, уже a priori, можно сказать, что здѣсь никакая терапия не могла спасти больного отъ смерти—такъ была необычна и исключительна патолого-анатомическая картина даннаго вскрытія.

Въ заключеніе, считаю не лишнимъ коснуться нѣсколько вопроса о некрозѣ жировой ткани при заболѣваніяхъ pancreas'a.

Названіе жировой некрозъ принадлежитъ Balsegy, какъ и первое описаніе патолого-анатомической картины подвергшейся этому заболѣванію поджелудочной железы.

Некрозы эти поражаютъ какъ самую pancreas, такъ и ближайшую къ ней окружность, т. е. брыжжейку и peritonium, и гнѣздятся въ жировой ихъ ткани въ видѣ многочисленныхъ желтовато-бѣлыхъ островковъ или пятенъ, отъ величины булавочной головки до горошины. Некрозы часто даютъ поводъ къ сильнымъ кровотечениямъ, которыя и ведутъ больного къ гибели. Вопросъ, что прежде всего поражается некрозомъ, pancreas или околележащая жировая ткань, пока остается открытымъ.

То же самое нужно сказать и о предположеніи Ponfick'a, считающаго, что микробы служатъ главной причиной какъ жирового некроза, такъ и вторично возникающихъ кровоизліяній или воспалительныхъ явленій въ поджелудочной железѣ.

3). Больной 42 л., кр-нѣ, поступилъ 10/x-1904 г. съ жалобами на боли въ правой рукѣ и опухоль въ области лѣвой ключицы. Боленъ всего около 2 $\frac{1}{2}$ мѣс. Недѣлю т. н. сталъ пропадать аппетитъ, а 5 дней, какъ появилась рвота послѣ каждаго приема пищи и питья. Стула не было въ теченіе этого же времени.

Больной исхудалый, съ ввалившимися глазами. Правая плечевая кость равномерно утолщена въ верхней своей половинѣ, приблизительно, въ три раза противъ лѣвой. Опухоль гладкая, плотная, безболѣзненная, кожа на ней подвижная, мышць ощупать не удается. Движенія въ локтевомъ суставѣ крайне ограничены. Слѣва, въ надключичной области, гладкая, плотная опухоль, величиной въ кулакъ, совершенно неподвижная. Слѣва въ области подреберья, по lin. axill. ant., плотный, величиной въ вишню, кожный узелъ.

Abdomen. Особенной вздутости не замѣчается, умѣренно болѣзненъ, m. m. recti значительно напряжены. Въ области epigastrii, нѣсколько вправо отъ срединной линіи, неясно прощупывается какъ бы бугристая опухоль.

11/x.—Послѣ каждаго приема пищи или питья рвота съ рѣзкимъ каловымъ запахомъ. Послѣ клизмы вышла одна окрашенная вода. Въ правой половинѣ живота, внизу, притупленный тимпанитъ. Больной, несмотря на каловую рвоту, имѣетъ бодрый видъ и даже ходитъ.

12.—Рвота продолжается, обильная, съ каловымъ запахомъ. Стула не было.

13.—Рвота съ меньшимъ каловымъ запахомъ, обильная. Больному предложена операція, на которую онъ согласился, но, въ виду отхожденія газовъ, операцію отложили. Сдѣлано обильное промываніе желудка до чистой воды. Поставлена глубокая клизма изъ масла.

14.—Къ вечеру 1 разъ рвота съ каловымъ запахомъ. Опухоль въ epigastrium прощупывается яснѣе. Животъ умѣренно болѣзненъ, стула не было, вѣтры разъ отходили.

15.—Рвота продолжается, стула не было, по временамъ отхожденіе вѣтровъ. Пульсъ 70, слабватый.

Въ 10 ч. веч. подъ наркозомъ сдѣлана лапаротомія. Разрѣзъ по средней линіи, огибающій пупокъ. Въ duodenum бугристое, плотное новообразование, величиной съ куриное яйцо, не вполне препятствовавшее выходу содержимаго изъ желудка, ибо дальне duodenum и часть jejunum находилась въ состояніи умѣренного наполненія. По всей брыжжейкѣ тонкихъ кишекъ разсѣяны небольшіе узлы, величиной отъ булавочной головки до орѣха; одинъ изъ такихъ узловъ сдвигивалъ начальную часть jejunum, и дальне кишка находилась уже въ спавшемся состояніи. Снт. на 20 ниже

этого мѣста кишка, съ помощью пуговики Мурфи, соединена съ передней поверхностью желудка. Кишки выше мѣста сдавленія умѣренно гиперемированы.

16.—Въ пять часовъ утра, при явленіяхъ слабости сердечной дѣятельности, больной умеръ.

Прижизненный діагнозъ: *Sarcoma brachii d., claviculae sin., duodeni et mesenterii. Peus (ex neoplasm. glandul. retroperiton.?)*.

Вскрытію этотъ случай не подвергался.

Какъ мы видимъ изъ вышесказаннаго, діагнозъ разсматриваемаго заболѣванія еще до производства лапаротоміи былъ опредѣленъ вѣрно. *Laparotomia* только выяснила локализацию *neoplasm'ы*, вызвавшей непроходимость кишечника. Ясно, что имѣвшіяся у больного саркоматозныя пораженія верхней части плечевой кости, ключицы, и послужили базисомъ для дальнѣйшихъ заключеній. Не будь этого, мы ни въ коемъ случаѣ не могли-бы говорить о характерѣ *neoplasm'ы*, такъ какъ дифференціальное распознаваніе кишечныхъ опухолей крайне трудно и даже невозможно.

Предположеніе болѣе старыхъ авторовъ, что на основаніи лейкоцитоза крови можно рано поставить діагнозъ саркомы, новѣйшими изслѣдователями, по словамъ *Wilms'a*, опровергнуто. Мало также имѣютъ значенія въ распознаваніи саркомы отъ рака и тѣ факты, что больные саркомой быстро проявляютъ сильный упадокъ силъ, съ рѣзко выраженной анеміей, что саркома встрѣчается болѣе часто у молодыхъ индивидовъ и, наконецъ, что при саркомѣ почти никогда не наблюдается крови въ стулѣ. Не лучше обстоитъ дѣло и при распознаваніи саркомы или, вѣрнѣе, лимфосаркомы отъ туберкулеза.

Не меньшія трудности представляетъ также разрѣшеніе вопроса о мѣстѣ первоначальнаго пораженія саркомой и о дальнѣйшихъ ея метастазахъ. Анамнестическія данныя нашего случая не даютъ никакой точки опоры для означеннаго сужденія.

Что касается клиническаго теченія болѣзни, то мы, несомнѣнно, имѣемъ картину ясно выраженной кишечной непроходимости. На первый взглядъ кажется нѣсколько страннымъ, что за все время болѣзни отхожденіе газовъ не

прекращалось. Обстоятельство это находить себѣ объясненіе въ мѣстоположеніи препятствія, послужившаго причиной разбиаемаго заболѣванія. Компрессія кишки находилась здѣсь въ начальной части *jejunі*, слѣдовательно, большая половина кишечника была совершенно проходима для газовъ.

Обнаруженный при лапаротоміи самый видъ препятствія является также нѣсколько необычнымъ: саркома, величиной въ орѣхъ, сдавливала начальную часть *jejunі*, и дальше кишка находилась уже въ спавшемся состояніи... Между тѣмъ, мы знаемъ, что, даже при сильно увеличившихся саркоматозныхъ опухоляхъ въ брюшной полости, если не происходитъ заклиненія такой опухоли въ малый тазъ или поворота ея вокругъ своей оси, очень часто наблюдается отсутствіе кишечной непроходимости.

Такъ, напр., *Wilms* приводитъ случай, гдѣ саркома брыжжейки достигала величины человѣческой головы, при чемъ на ней лежали двѣ петли тонкихъ кишекъ, подлежащихъ резекціи; тѣмъ не менѣе, здѣсь совершенно не было и слѣда какого-либо нарушенія кишечной дѣятельности.

Также и въ случаѣ *Leher'a*, функція кишечника была совершенно нормальной, несмотря на то, что при экстирпации опухоли (*мухофиброма*), вѣсившей 5 ф., пришлось удалить 2 м. кишекъ, сросшихся съ опухолью. Естественнымъ выводомъ изъ вышеизложеннаго остается признать тотъ фактъ, что случаи саркомы брюшной полости, по причинѣ незначительныхъ или даже вовсе отсутствующихъ явленій суженія и непроходимости кишекъ, являются, обычно, не діагностированными и запущенными, а потому и непригодными для радикальныхъ операцій.

И дѣйствительно, полученные до сихъ поръ результаты операцій кишечныхъ саркомъ крайне неутѣшительны, такъ какъ почти все оперированные погибали быстро отъ рецидива. Насчитываются только единицами случаи саркомъ, когда больные, послѣ рано произведенной операціи, оставались здоровыми продолжительное время.

Такъ, напр., *Steinthal* сообщилъ о двухъ случаяхъ саркомы, которые сравнительно рано подверглись операціи, вслѣдствіе того, что очень быстро появились явленія стеноза

кишки. Благодаря этому счастливому обстоятельству, больные, спустя 4 года послѣ операціи, продолжали быть здоровыми.

Немаловажное значеніе въ этомъ случаѣ Steinthal приписываетъ виду саркомы и указываетъ на то, что плотныя саркомы, связанныя съ раннимъ стенозомъ кишки, могутъ считаться благоприятными въ смыслѣ прогноза.

4). Больная 37 л., домашняя учительница, дѣвица, поступила 16/vii-1908 г. съ жалобами на боли внизу живота, рвоты и отсутствіе стула и газовъ. 12/vii появилась каловая рвота. Больная помѣщена въ больницу по совѣту лечившихъ ее врачей, наблюдавшихъ у нея картину ileus'a и предполагавшихъ, что можетъ понадобиться немедленная операція. Заболѣла около 3-хъ недѣль т. н.

Больная подорваннаго питанія. При осмотрѣ живота, послѣдній представляется вздутымъ, напряженнымъ, при давленіи болѣзненнымъ. При изслѣдованіи *per rectum*—въ лѣвой половинѣ таза нащупывается опухоль, величиной въ среднее яблоко; опухоль фиксирована къ стѣнкѣ таза, бугристая, болѣзненна. Изслѣдованіе *per vaginam* не могло быть произведено вслѣдствіе цѣлости *hymenis*. $T^{\circ} 39^{\circ}$.

17-18.—Напряженность живота нѣсколько уменьшилась, былъ незначительный стулъ, самочувствіе улучшилось.

19-20.— T° постепенно понижается. Стулъ былъ при помощи клизмы, но незначительный, газы почти не отходятъ, рвоты нѣтъ.

21-23.—При изслѣдованіи *per rectum* опухоль держится по прежнему, рвоты не было, стула также.

24-25.—Напряженіе живота небольшое, стула не было.

26-27.—Стула не было, газы отходятъ въ небольшомъ колич.

28-29.—Былъ обильный стулъ послѣ клизмы, газы хорошо отходятъ, напряженіе живота и вздутіе его почти прошло.

30-31.—При изслѣдованіи *per vaginam*, что удалось сдѣлать осторожнымъ введеніемъ указательнаго пальца, обильно смазаннаго вазелиномъ, матка опредѣляется въ *retroflexio* и плотно фиксирована влѣво.

1-3/viii.— T° нормальна, стулъ ежедневный, газы отходятъ.

4-7.—На боли не жалуются, опухоль значительно уменьшилась, мало болѣзненна.

8-10.—Стулъ нормальный, опухоль еще болѣе уменьшилась, безболѣзненна.

11-12.—Самочувствіе больной вполнѣ хорошее.

13.—Выписалась на пути къ выздоровленію.

Діагнозъ: *Retroflexio uteri. Parametritis.*

Въ данномъ случаѣ мы имѣемъ несомнѣнную картину кишечной непроходимости.

Ясно выраженный симптомокомплексъ ileus'a заставилъ лечившихъ больную врачей помѣстить ее въ больницу, въ предположеніи, что, можетъ быть, понадобится произвести немедленную операцію. Отсюда мы видимъ, что этиологія этого заболѣванія не была уяснена, лечившими ее врачами, а потому оно трактовалось какъ ileus, безъ опознанія его анатомической причины. Между тѣмъ, достаточно было однократнаго изслѣдованія пальцемъ *per rectum*, чтобы точно установить истинную причину болѣзни. Очевидно, никто изъ врачей, лечившихъ больную на дому, не подвергалъ ее означенному изслѣдованію. Когда же удалось установить вѣрный діагнозъ, то, само собой разумѣется, опредѣлилась и надлежащая терапія.

Итакъ, предъ нами случай obturационнаго ileus'a, вызваннаго компрессіей *retroflex*ированной матки на *rectum*. Но, помимо того, дѣло осложнялось еще и *parametrit*'ическимъ выпотомъ, опредѣлявшимся въ видѣ бугристой, болѣзненной опухоли, величиной въ среднее яблоко, плотно фиксированной къ стѣнкѣ таза, а также спаянной съ самой маткой. Этотъ выпоть, несомнѣнно, усиливаль компрессію на *rectum*, и, такимъ образомъ, создавалась картина кишечной непроходимости.

И дѣйствительно, мы видимъ, что, какъ только выпоть сталъ рассасываться, непроходимость кишечника постепенно начала исчезать; слѣдовательно, здѣсь компрессія произошла, главнымъ образомъ, вслѣдствіе упомянутого экссудата.

Что касается этиологіи означеннаго *parametrit*'а, то здѣсь ничего опредѣленнаго нельзя сказать, за отсутствіемъ какихъ-либо данныхъ со стороны анамнеза. Повидимому, септическое начало какимъ то образомъ проникло въ рыхлую соединительную ткань малаго таза черезъ ссадину или вообще нарушенную цѣлость слизистыхъ оболочекъ *genitalia*.

5) Больная 27 л., надзирательница, дѣвица, поступила 1/iii-1897 г. по поводу болей въ животѣ, задержки стула и газовъ. Заболѣла

недѣлю т. н., внезапно. Питанія хорошаго. Животъ вздутъ, болѣзненъ, вездѣ тимпанитъ, маскирующей тупость печени и селезенки; въ области соесі неясно ощупывается какое-то уплотненіе, величиной въ яйцо. Пульсъ около 100.

2/ш.—Животъ вздутъ, ощупываніе лѣвой подвздошной впадины очень болѣзненно. Рѣшено держаться успокоительной терапіи.

3.—Ночью 1 разъ рвота зеленоватой слизью, тошнота, пульсъ 92. Животъ вздутъ и меньше болѣзненъ.

4.—Ночью 3 раза рвота. Животъ вздутъ, стула и вѣтровъ нѣтъ 4 сутокъ. Сдѣлана глубокая клизма, послѣ чего 3 раза прослабило воночными испражнениями, отошло немного газовъ.

5.—Животъ вздутъ меньше, стулъ былъ 2 раза, отошли газы.

6.—П. 88. Стулъ былъ.

7.—Idem.

8.—Животъ совсѣмъ опаль, мягкій, около соесит ощупывается инфильтратъ.

9.—Чувствуетъ себя хорошо. П. 72. Послѣ клизмы былъ стулъ нормальный, животъ мягкій. Въ 3 ч. дня появились боли въ животѣ то справа, то слѣва; боли періодически ожесточались до невыносимости. Въ 9 ч. в. животъ умѣренно вздутъ (больше лѣвая подвздошная область), во flex. sigm. скопленіе кала, пульсъ 100.

10.—Животъ больше вздутъ, стула не было.

11-14.—Status idem. Стула не было.

15.—Животъ вздутъ менѣе, послѣ клизмы 2 раза прослабило.

16.—Въ ночь на 16-е изъ прямой кишки выдѣлилось нѣсколько стакановъ жидкаго гноя, боли въ животѣ значительно уменьшились, напряженіе внизу живота меньше, хотя въ области flex. sigm. еще ощупывается инфильтратъ.

17.—Чувствуетъ себя отлично, боли внизу живота исчезли.

18.—Стулъ былъ твердыми испражнениями.

19-20.—Стула не было. Болей въ животѣ нѣтъ. Въ области flex. sigm. инфильтратъ меньше. Рѣшено ледь снять и замѣнить примѣненіемъ тепла на низъ живота.

21-24.—Болей въ животѣ нѣтъ, инфильтратъ въ области flex. sigm. менѣе.

25-31.—По временамъ еще бывають боли внизу живота, то справа, то слѣва. Стулъ былъ.

1-3/iv.—Послѣ клизмы былъ стулъ плотными нормальными испражнениями. Ощупываніе соесит et flex. sigm. не болѣзненно, инфильтратъ въ области послѣдней ничтожный.

4-6.—Самочувствіе больной хорошее, рѣшено позволить больной сѣсть.

7-10.—Область flex. sigm et соесі свободна отъ инфильтраціи, болѣзненности также нѣтъ.

11-29.—Больная стала ходить, изрѣдка появляются непродолжительныя боли въ области соесі и flex. sigm., стулъ почти ежедневный.

30.—Выписывается поправившейся.

Т° съ 1-15/ш держалась въ предѣлахъ 37, 4°—39°, съ 16-29—отъ 36, 5° до 38°, съ 1-30/iv—отъ 36, 3° по 37, 6°.

Диагнозъ: Perityphlitis acuta et perisigmoiditis.

Что въ данномъ случаѣ имѣется несомнѣнная картина ileus'a, наврядъ ли это нуждается въ какихъ-либо подтвержденіяхъ. Что же касается его формы и этиологіи, то рѣшеніе этого вопроса, по крайней мѣрѣ, въ первые дни по поступленіи въ больницу, представляло нѣкоторыя затрудненія. Съ того же момента, когда больную прослабило, животъ сталъ мягкимъ, а въ области соесі ясно нащупывался инфильтратъ, этиологія и характеръ обтураціи ясно опредѣлились сами по себѣ. Когда же 16/ш выдѣлилось изъ прямой кишки нѣсколько стакановъ жидкаго гноя, то уже не оставалось никакихъ сомнѣній въ характерѣ даннаго заболѣванія. Слѣдовательно, помимо инфильтраціи въ области соесі, компрессія кишки производилась еще и гнойникомъ большихъ размѣровъ.

Относительно расположенія этого гнойника можно сказать, что онъ, возникая въ области слѣпой кишки съ ея отросткомъ и постепенно нарастая, достигалъ области flex. sigm., гдѣ и давалъ впечатлѣніе инфильтрата. Здѣсь онъ, повидимому, и вскрылся черезъ стѣнку толстой кишки.

Въ эпикризѣ этой исторіи болѣзни сказано:

Больная поступила по поводу остро развившейся непроходимости кишекъ и явленій перитонита; послѣ устранения непроходимости, развился гнойникъ въ тазу и около flex. sigm. (въ fossa iliaca sin.), который и вскрылся въ кишку...

Основаніемъ для такого сужденія, повидимому, служило то обстоятельство, что послѣ глубокой клизмы, сдѣланной 4/ш, больную прослабило 3 раза и отошло немного газовъ; затѣмъ, за послѣдующіе дни, до 9-го марта, животъ совсѣмъ опаль, сталъ мягкимъ, но около соесит ощупывался инфильтратъ, и т° держалась все время повышенной.

Если принять во внимание данные объективного исследования за 1-е и 2-е марта (т. е., что в области соеся неясно ощупывается какое-то уплотнение, величиной в яйцо, живот вздут, ощупывание левой подвздошной впадины очень болезненно), то для нас становится ясным, что гнойник к 1-му марта уже образовался, другими словами, что больная поступила с готовым уже гнойником.

Я не сомневаюсь, что исследование пальцем *per rectum* et *vaginae* обнаружило бы имеющийся гнойник, но, к сожалению, нужно сказать, что за двухмесячное пребывание в больнице это исследование у больной ни разу не было произведено.

Считаю уместным подчеркнуть это обстоятельство и заметить, насколько важным и крайне необходимым является означенное исследование. Как мы знаем, и в предыдущем случае, только благодаря такому исследованию, сразу выяснилась патолого-анатомическая подкладка имевшей там кишечной непроходимости, а сообразно с этим была изменена и терапия.

Возвращаясь к разбираемому случаю, мы видим, что наличие гнойника была констатирована здесь уже после того, как он вскрылся в кишку и *per rectum* выдѣлилось нѣсколько стаканов жидкого гноя, т. е. спустя 16 дней после поступления больной. Соответственно этому, и терапия здесь была выжидательной. Между тем, если бы в первые же дни таким путем был точно установлен диагноз, то оставалось бы только выпустить гной при помощи простого прокола *per rectum* стѣнки кишки, и этим самым был бы положен конец всевозможным случайностям, в смысл появления общего перитонита и т. д.

Ниже, в таблицах, слѣдуют случаи компрессий кишек, оставшіе не описанными.

№ исторіи болѣзни.	Годъ поступления кѣли въ больницу.	Возрастъ и занате болного.	Семейное положене.	Число дней съ начала заболѣванія до поступления въ больницу.	ДИАГНОЗЪ.	День операции послѣ начала заболѣванія въ характеръ ея.	ИСХОДЪ.	Число операций болго окрѣ.	ПАТОЛОГО-АНАТОМИЧ. ДИАГНОЗЪ.
38.	1906	42 л. Черраб.	Женатъ.	3.	Peus obturatorius. (Tumor?).	—	Улучш.	83.	—
39.	1894	16 л. Портниха.	Дѣвица.	4.	Coprostasis Peritonitis perfor.	—	Смерть.	13.	Volvulus. Peritonitis septica. Запорога не обнаружено, а найдена подсерозная киста, величиной въ кулак, у мѣста прикрѣпленія брыжейки къ кишкѣ (петля ilei).
40.	1904	32 л. Походъ зайству.	Замужняя.	5.	Volvulus? Peus obturat. (На счетъ личности. матка послѣ родовъ).	—	Выздор.	22.	—
41.	1903	45 л. Судовщикъ.	Женатъ.	Около 2-хъ нед.	Peus. Cancer соеся?	Около 3-хъ нед. Пеocolostomia.	Знач. улучш.	51.	—

Итакъ, всѣхъ случаевъ компрессій кишекъ мы имѣемъ 19. Изъ нихъ было оперировано 2, изъ которыхъ одинъ окончился выздоровленіемъ. Изъ 17 неоперированныхъ случаевъ было 11 выздоровленій, т. е. 64,7%. Слѣдовательно, всего было 12 выздоровленій и 7 смертныхъ случаевъ, иначе говоря, первыхъ 63,2%, а вторыхъ 36,8%.

с) *Обтураціи послѣдствіе сращеній и перетяжекъ кишекъ.*

Этотъ видъ обтураціи разсматривается нами какъ вызванный:

- 1) склейками или сращеніями кишечныхъ петель между собой;
- 2) перетяжками, съ нависаніемъ надъ ними кишечныхъ петель;
- 3) перетяжками, имѣющими на всемъ своемъ протяженіи структурную связь съ самой стѣнкой кишки, и
- 4) приращеніями кишекъ къ различнымъ органамъ брюшной полости, или же къ стѣнкамъ послѣдней, въ частности, и въ области малаго таза.

Въ исторіи развитія ilei propter obturationem весьма важную роль играютъ только что перечисленные выше факторы, остающіеся, обычно, послѣ хроническаго ограниченнаго, а иногда и разлитого, peritonit'a.

Я остановлюсь нѣсколько на механизмѣ обтураціоннаго ileus'a, вызваннаго въ отдѣльности каждымъ изъ перечисленныхъ выше моментовъ.

Склейки кишечныхъ петель между собой могутъ захватывать часть кишечника, или распространяться на всю его длину, при чемъ онѣ выражаются, то въ видѣ нѣжныхъ и слабыхъ спаекъ, то въ формѣ широкихъ, плотныхъ и тѣсныхъ сращеній.

Само собой разумѣется, что приращенія эти выводятъ кишечникъ изъ нормальнаго его положенія, и, такимъ образомъ, создаютъ благоприятныя условія для появленія кишечной непроходимости.

При такомъ состояніи кишечника часто появляются перегибы или надломы кишекъ подъ тѣмъ или другимъ угломъ, благодаря чему и получается полное механическое препятствіе, могущее обусловить всю картину ileus'a.

Особенно благоприятнымъ условіемъ для возникновенія кишечной непроходимости является, при этомъ, чрезмѣрное употребленіе больнымъ пищи, способной сильно бродить. Подъ вліяніемъ означеннаго броженія, кишечныя петли начинаютъ сильно раздуваться и расширяться, и, такимъ образомъ, при наличности уже перегиба кишки, можетъ наступить прижатіе отводящей петли приводящею, до полнаго уничтоженія ея просвѣта; на счетъ этого, слѣдовательно, и можетъ создаться кишечная закупорка.

Что касается формы ileus'a, вызваннаго нависаніемъ кишечныхъ петель надъ перетяжками, то здѣсь механическое препятствіе создается собственной тяжестью означенныхъ петель. Благодаря такому нависанію, та или другая часть окружности кишки подвергается давленію со стороны подлежащей перетяжки, а затѣмъ уже наступаетъ и перегибъ кишки, съ уничтоженіемъ ея просвѣта.

Само собой разумѣется, что интенсивность испытываемаго кишечной стѣнкой давленія со стороны перетяжекъ зависитъ отъ степени наполненія кишечника, силы перистальтики и количества кишечныхъ петель, перекинутыхъ черезъ упомянутыя перетяжки. Соотвѣтственно съ возрастаніемъ послѣднихъ моментовъ, усиливается и степень сдавленія кишечной стѣнки и является болѣе сильное заостреніе угла перегиба, съ совершеннымъ уничтоженіемъ кишечнаго просвѣта. Если же такое состояніе кишечника длительно, то можетъ наступить въ мѣстахъ сдавленія кишки даже гангрена ея.

Очень важнымъ моментомъ въ смыслѣ различенія обтураціоннаго и странгуляціоннаго ileus'овъ является отношеніе брыжжейки соотвѣтственной части кишечной петли къ перетяжкамъ. Когда при означенныхъ выше условіяхъ сдавленію подвергается, помимо кишечной петли, и ея брыжжейка, то вмѣстѣ съ этимъ измѣняется и характеръ болей въ животѣ,

дѣлающихся тогда постоянными; такой обтураціонный ileus стоитъ уже на границѣ перехода въ странгуляціонный. Мы еще остановимся на этомъ вопросѣ въ отдѣлѣ странгуляціи.

Относительно перетяжекъ, имѣющихъ структурную связь съ самой стѣнкой кишки, въ интересахъ большей ясности, мною будетъ сказано при разборѣ соотвѣтственнаго случая.

Что же касается приращеній кишекъ къ различнымъ органамъ брюшной полости и ея стѣнкамъ, то здѣсь наблюдаются почти тѣ же условія возникновенія кишечной непроходимости, какъ и при первыхъ двухъ формахъ.

Вообще же нужно сказать, что все приведенныя нами подраздѣленія обтураціи вельдствие сращеній и перетяжекъ, если и встрѣчаются въ чистомъ видѣ, то очень рѣдко; обычно же попадаются смѣшанныя формы. По преобладанію анатомическихъ признаковъ той или другой группы и приходится относить къ нимъ существующіе случаи.

Все вышесказанное относилось, главнымъ образомъ, къ тонкимъ кишкамъ. Въ виду нѣкоторыхъ особенностей въ образованіи механическихъ моментовъ для появленія картины ileus'a со стороны толстыхъ кишекъ, не будетъ лишнимъ отмѣтить здѣсь, ради общаго интереса, слѣдующее.

Colon ascendens, flexura colica d., colon transversum et flexura colica s. служатъ чаще всего мѣстомъ перегибовъ толстыхъ кишекъ. Wilms указываетъ, что обстоятельствомъ, способствующимъ этому, служитъ нормально существующая фиксація этихъ кишекъ, именно, подвижность и неподвижность ихъ петель. Слѣдовательно, здѣсь имѣются уже готовые условія, которыя мы приводили при перегибахъ тонкихъ кишекъ въ зависимости отъ ихъ приращеній къ различнымъ мѣстамъ брюшной полости.

Изложивъ нашъ взглядъ на способы образованія механизма кишечной непроходимости при сращеніяхъ и перетяжкахъ кишекъ, считаю теперь возможнымъ перейти къ описанію относящихся сюда случаевъ.

Изъ случаевъ первой группы даннаго вида обтураціи я остановлюсь на слѣдующихъ двухъ:

1). Больная 26 л., жена сапожника, поступила 17/vii-1902 г. съ жалобами на сильныя боли въ животѣ схватками, рвоту, задержку стула и газовъ. Заболѣла 5 дней т. н., внезапно.

Больная удовлетворительнаго питанія. Пульсъ 108, умѣреннаго наполненія, правильный. Животъ сильно вздутъ и болѣзненъ, въ нижней части его притупленіе. Рвота жидкостью сѣро-грязнаго цвѣта, съ рѣзкимъ каловымъ запахомъ.

18/vii.—Пульсъ 96, удовлетвор., т° норм. Животъ по прежнему вздутъ, менѣе болѣзненъ. Была 1 разъ рвота, стула не было.

19.—Животъ вздутъ еще больше, обрисовываются петли тонкихъ кишекъ. Сдѣлано промываніе желудка, послѣ чего рвоты не было. Высокая клизма не подѣйствовала. Въ мочѣ слѣды бѣлка, патологическихъ элементовъ не найдено.

20.—Пульсъ 104, средній. Обильная рвота съ рѣзкимъ каловымъ запахомъ, животъ по прежнему вздутъ, болѣзненъ. Высокая клизма—3 раза, не подѣйствовала. Газы не отходятъ.

21.—Пульсъ 104, удовлетвор., т° въ предѣлахъ нормы, животъ по прежнему вздутъ. 2 раза каловая рвота, газы не отходятъ. Стула послѣ 3-хъ высокихъ клизмъ не было.

22.—Пульсъ 120, слабоватый. Рвота съ каловымъ запахомъ. Сдѣлано промываніе желудка, промывныя воды также съ рѣзкимъ каловымъ запахомъ. Животъ значительно опалъ, мягкій, повидимому, безболѣзненный. Стула не было. Газы, по словамъ больной, не отходили. Сознаніе не вполне ясное. Мочеиспусканіе подъ себя.

23.—Пульсъ 100, средній. Животъ мягкій, умѣренно вздутый. Сдѣлано промываніе желудка и высокая клизма. Стула не было. Рвота безъ запаха. Со стороны genitalia ничего ненормальнаго не опредѣляется.

24.—Пульсъ 100, средній, правильный, т° норм. Вчера 2 раза сдѣлано промываніе желудка, промывныя воды безъ запаха. Рвоты не было. Стула не было.

25.—Былъ стулъ. Дано 15,0 Ol. Ricini, послѣ чего былъ стулъ еще 4 раза. Рвоты не было. Пульсъ 96, слабый, правильный. Руки холодныя. Зрачки умѣренно расширены, состояніе нѣсколько возбужденное. Умерла.

Прижизненный диагнозъ: Ileus. Septicaemia.

Посмертный: Peritonitis tubercul. ac. Concretio omenti major. eum pariete anter. abdominis. Pneumonia et peribronchitis interstitial. caseosa tub. Tuberculosis miliar. viscerum. Enteritis tbc. ulcerosa. Cystitis ulcer. tub..

Въ эпикризѣ, между прочимъ, значитъ:

Явленія въ легкихъ были просмотрѣны въ виду того, что больная, вслѣдствіе ея тяжелаго состоянія, подробно изслѣдована быть не могла.

Вскрытіе обнаружило:

Сальникъ по всему нижнему своему краю сращенъ съ передней нижней стѣнкой живота съ разбѣянными въ нихъ бугорками... Петли кишекъ склеены между собой легко рвущимися склейками. Одна изъ конечныхъ петель ilei приращена къ передней стѣнкѣ брыжжейки.

Здѣсь мы имѣемъ полный симптомокомплексъ, опредѣляющій кишечную непроходимость. На основаніи же объективныхъ данныхъ и, главнымъ образомъ, наблюдавшейся кишечной перистальтики, а также и клинической картины—схваткообразныя боли въ животѣ—мы должны признать этотъ ileus за механическій.

Болѣе труднымъ является разрѣшеніе вопроса, какая здѣсь имѣется форма механическаго ileus'a.

За обтурацію, прежде всего, говорятъ боли „схватками“, такъ какъ при странгуляціи боли, обычно, постоянныя и только по временамъ усиливающіяся.

Далѣе, мы видимъ, что на 12-й день послѣ заболѣванія былъ нѣсколько разъ стулъ, каковое обстоятельство не допустимо при странгуляціи кишки, гдѣ въ большинствѣ случаевъ къ этому времени дѣло заканчивается смертью больного или, въ лучшемъ случаѣ, полнымъ параличемъ кишечника.

Отсутствіе указаній на резистентность какой-либо части кишекъ также говоритъ въ пользу обтураціи ихъ.

Наконецъ, пульсъ и t° болѣе соотвѣтствуютъ здѣсь обтураціонному ileus'у, такъ какъ, обычно, при быстро текущей клинической картинѣ странгуляціи наблюдаются и болѣе значительныя колебанія въ кривой пульса и t° .

Казалось бы, что безрезультатность такъ настойчиво проводившейся въ разсматриваемомъ случаѣ внутренней терапіи, въ концѣ концовъ, должна была бы заставить подумать о необходимости здѣсь оперативнаго пособія, тѣмъ болѣе, что возрастъ больной, ея питаніе, а также и данныя со стороны пульса и t° благоприятствовали этому. Однако, во всей исторіи болѣзни не было упомянуто ни разу не только о неизбѣжности операціи, но даже о ея желательности.

2). Больная 27 л., кр-ка, поступила 3/II-1902 г. съ жалобами на запоръ и рвоту, начавшіеся 2 дня т. н. По словамъ больной, 1 м. т. н. у нея въ нижней части живота была опухоль, которая вскрылась per vaginam, при чемъ вытекло много гноя. Беременной не была.

Питанія посредственнаго. Пульсъ 132, нитевидный, t° 36,5. Abdomen вздутъ, болѣзненность при пальпаціи всего живота. Всюду притупленіе, за исключеніемъ области соесі. Нижняя граница печени и селезенки не обозначается при перкуссіи. Вѣтры не отходятъ, стулъ задержанъ. Rectum полна каломъ. Послѣ клизмы вышла одна вода.

4/II.—Пульсъ 136, нитевидный. Рвота 2 раза, желчью. Abdomen вздутъ по прежнему, притупленіе звука почти по всему протяженію живота, крайне болѣзненъ при пальпаціи. Стула не было, газы не отходятъ. Впрыснуть подъ кожу Sol. Atropini sulfur.

5.—Послѣ клизмы ничтожный жидкій стулъ. Газы не отходятъ, животъ вздутъ. Снова впрыснуть подъ кожу Atrop. sulf. Рвоты не было.

6.—Около правой лопатки шумъ тренія плевры. Стулъ былъ 2 раза, пульсъ слабый, 110.

7.—Стулъ былъ, общее состояніе удовлетвор.

8.—Стулъ былъ безъ помощи слабительнаго. Животъ вздутъ, тимпанить.

9.—Стулъ былъ незначительный. При перкуссіи тимпанить только sub scrobiculo cordis и слѣва—въ области S-romani. На остальномъ протяженіи притупленіе звука, флюктуация, Вѣтры не отходятъ.

10.—Стула не было, въ остальномъ безъ переменъ.

11.—Стулъ былъ обильный. Животъ вздутъ, болѣзненность меньше. Болѣе всего болѣзненность выражена надъ пупкомъ.

12.—Пульсъ 120-124. Стула не было. Животъ рѣзко вздутъ. Тимпанить только надъ пупкомъ, на остальномъ протяженіи живота тупость и какъ бы флюктуация.

13-14.—Стула не было, газы отходятъ. Животъ вздутъ по прежнему. T° нѣсколько повышена—до 37,7.

15-16.—Стулъ былъ, боли въ животѣ меньше. Кашель съ трудно отдѣляемой мокротой. Въ легкихъ крепитирующие хрипы.

17-19.—Животъ in statu quo. Стулъ незначительный, пульсъ 112.

22.—Въ полости живота свободная жидкость.

23-26.—Размѣры живота: наибольшая окружность 88 снт.

27-28.—Въ правомъ сводѣ прощупывается плотный канатикъ. Стулъ жидкій, газы отходятъ, abdomen in statu quo.

1/ш.—Размѣры живота: наибольшая окружность 90 снт. По прежнему въ полости живота опредѣляется жидкость. Пульсъ 116, t° лихорадочная, съ рѣзкими повышеніями до 38,5°. Стулъ былъ, газы отходятъ. Сердце въ поперечникѣ значительно расширено, тоны чисты. Сзали обоихъ легкихъ притупленіе, на мѣстахъ притупленія отсутствіе дыханія. На остальномъ протяженіи легкихъ попадаютъ крепитирующие хрипы.

3-7.— Больная сильно потѣла; кашляетъ. Стулъ почти ежедневный, но въ незначит. колич., газы отходятъ, вздутіе живота небольшое.

8-12.— Пульсъ 84-96. Дых. 28-44. Шейныя железы увеличены, плотны. Стулъ ежедневный, но незначительный.

13-27.— Въ легкихъ тѣ же явленія, что и раньше, животъ *in statu quo*. Пульсъ 96-110.

28.— Больной сдѣлана пункція брюшной полости и выпущено 5½ литр. гнойной вонючей жидкости. Сдѣланъ посѣвъ на бульонъ и агаръ.

29.—Со стороны легкихъ тѣ же явленія, что и раньше.

30/ш-1/в.—При микр. изслѣд. засѣяннаго бульона найдена чистая разводка диплококка.

2-3/в.—Слабило 9 разъ. Объемъ живота на уровнѣ пупка—88 снт.

4-8.—*Status idem*.

9.—Снова выпущено посредствомъ тросакара 3600 куб. снт. гнойной жидкости.

10-12.—Самочувствіе хорошее.

13.—Больная выписалась по собственному желанію.

Больничныи діагнозъ этого случая: *Volvulus. Peritonitis tub. Pleuritis d. Parametritis.*

Все теченіе даннаго заболѣванія настолько характерно, что едва ли можно было остановиться на діагнозѣ *volvulus*. Мнѣ думается, что означенный терминъ здѣсь допущенъ не въ прямомъ его значеніи, а только какъ обозначеніе вообще кишечной непроходимости.

И на самомъ дѣлѣ, этиологія этого заболѣванія слишкомъ очевидна. Мы имѣемъ въ нашемъ случаѣ туберкулезное пораженіе не только брюшины, но и плевры, а отсюда такъ естественно перейти и къ дальнѣйшимъ послѣдствіямъ этого воспаленія, т. е. склейкамъ и сращеніямъ кишечныхъ петель между собой и соседними частями брюшной полости, которыя и вызвали картину *ileus'a*.

Изъ исторіи болѣзни мы видимъ, что въ началѣ заболѣ-

ванія, въ теченіе 5 дней, наблюдалось полное отсутствіе стула и отхожденія газовъ, при сильно вздутомъ животѣ, боляхъ въ немъ, рвотѣ и т. д.; затѣмъ, эта непроходимость кишечника смѣнилась картиной неполной проходимости, сопровождавшейся нѣсколько меньшимъ вздутиемъ живота и не столь рѣзкими болями въ немъ, почти ежедневнымъ, но незначительнымъ стуломъ, отсутствіемъ рвоты и т. п.

Такое клиническое теченіе *ileus'a* и сравнительно благоприятное разрѣшеніе его я объясняю себѣ слѣдующимъ образомъ.

Механическое препятствіе данной кишечной непроходимости, повидимому, заключалось въ томъ, что приводящей конецъ тонкой кишки, будучи фиксированъ въ какомъ-либо мѣстѣ, образовалъ перегибъ, вслѣдствіе чего сильно раздулся и своимъ давленіемъ на отводящую часть перегиба произвелъ полное сжатіе просвѣта кишки. Слѣдовательно, какъ только удалось терапевтическими мѣрами нѣсколько уменьшить вздутіе означеннаго выше конца кишки, то этимъ самымъ была дана возможность отводящему его колѣну нѣсколько наполниться, и тотчасъ непроходимость кишечника исчезла и замѣнилась неполной проходимостью ихъ.

Послѣднюю нужно отнести также и на спайки кишечника, благодаря которымъ весь кишечникъ представлялъ изъ себя цѣлый конгломератъ склеенныхъ между собой кишечныхъ петель, что и могло способствовать затрудненному и неполному передвиженію содержимаго кишечника.

Само собой разумѣется, это туберкулезное пораженіе брюшины съ послѣдовательнымъ образованіемъ склеекъ и сращеній между кишками и появленіемъ въ брюшной полости выпота исчисляется не днями, какъ это указано въ скорбномъ листѣ, а мѣсяцами и даже, быть можетъ, годами.

Въ цѣляхъ діагностики даннаго случая, не малое значеніе имѣетъ констатированіе въ брюшной полости выпота. Выпотъ этотъ былъ опредѣленъ только спустя недѣлю по поступленіи больного, когда была замѣчена, при перкуссии его живота, флюктуация. Ясное дѣло, что одновременное констатированіе бугорчатки въ легкихъ и плеврита давало намъ право отнести и означенный выпотъ на счетъ той же инфек-

ции. Видѣть же въ этомъ выпотѣ брюшную водянку при циррозѣ печени, застойную хроническую водянку или, наконецъ, раковое воспаленіе брюшины,—для этого едва ли были какія-либо основанія.

Что касается обнаруженія въ выпотѣ диплококковъ, то появленіе ихъ въ полости брюшины нужно отнести на іеосоесаі'ную область, которая, въ громадномъ большинствѣ случаевъ, прежде всего инфицируется микробами, попадающими изъ кишечника.

Изъ исторіи болѣзни мы видѣли, что больной 2 раза выпускали при помощи троакара жидкость изъ брюшной полости. Этимъ и ограничивались, повидимому, вслѣдствіе отказа больной подвергнуться операци. Между тѣмъ, laparotomia въ этомъ случаѣ была очень показана, такъ какъ уже само по себѣ вскрытіе брюшной полости могло повести, если и не къ полному излеченію туберкулезнаго пораженія брюшины, то, во всякомъ случаѣ, къ значительному улучшенію состоянія больной.

Я не буду входить здѣсь въ подробности разбора, въ чемъ заключается это въ высшей степени благоприятное свойство чревосѣченія, а ограничусь только упоминаніемъ статистики Köpиг'a, который вычислилъ, что изъ 131 случая оперированныхъ выздоровѣло 84, т. е. 65%, включая сюда больныхъ, выписавшихся съ улучшеніемъ; если же изъ этого числа исключить случаи, гдѣ больные послѣ операци погибали позднѣе отъ туберкулеза другихъ органовъ, то получится все-таки 24% выздоровленій, которыя оставались подъ наблюденіемъ болѣе 2-хъ лѣтъ.

Ко второй группѣ разсматриваемаго вида обтураций я отношу слѣдующій случай:

Больной 16 л., торговецъ, поступилъ 11/1-1902 г. съ жалобами на задержку стула, боль въ животѣ, частую рвоту. Боленъ 2-я сутки. Будучи 7 л. отъ роду, упалъ на пень, благодаря чему въ области пупка образовался нарывъ, послѣ котораго остались рубцы. Въ настоящее время появились боли вокругъ этого мѣста.

Больной удовлетворительнаго питанія. Животъ вздутъ умеренно, раздѣляется на двѣ половины: верхнюю, болѣе вздутую, и нижнюю, менѣе вздутую; сильная боль въ области пупка и

вправо кверху, гдѣ прощупывается большая резистентность и какъ бы инфильтратъ, дающій притупленно-тимпаническій тонъ.

12/1.—Больной не мочился, мочевой пузырь рѣзко растянутъ, животъ сильно болѣзненъ, вздутъ, стула не было. Въ области рубцовъ грыжевое кольцо. Моча выпущена катетеромъ въ колич. 1100 к. с., прозрачная.

13.—По временамъ икота, рвота всю ночь, сильная боль въ животѣ, стула не было, вѣтры не отходятъ. Больной не мочился. Рвота желчью, съ небольшимъ запахомъ. Пульсъ 80, средній, t° норм. Моча выпущена катетеромъ.

14.—Стулъ былъ, рвота продолжается, животъ умеренно вздутъ, менѣе болѣзненъ.

15.—Стулъ былъ, рвота прекратилась, животъ вздутъ. Мочился самъ.

16-31.—Стулъ почти ежедневный, обычно послѣ клизмъ; иногда бывала рвота, а также и боли въ животѣ; послѣдній менѣе вздутъ, болѣзненъ въ іеосоесаі'ной области, наблюдается оживленная перистальтика кишечника, пульсъ удовлетвор., t° нормальна.

1/п.—Пульсъ 108, малый; была нѣсколько разъ рвота желчными массами. Животъ не вздутъ, болѣзненъ, надъ пупкомъ расхождение прямыхъ мышцъ, пропускающее 2 пальца. Стула не было.

2.—Рвота была нѣсколько разъ желчными массами. Стула не было. Боли въ животѣ продолжаются.

3.—Пульсъ 120, рвота была нѣсколько разъ, боли по прежнему, стула не было.

4.—Подъ хлороформ. наркозомъ произведено чревосѣченіе. Разрѣзъ по средней линіи отъ подложечной области, длиной около 15 снт. Паріетальный листокъ брюшины былъ спаянъ съ толстыми (col. transversum) и тонкими кишками. Поперечная толстая кишка была спаяна почти на всемъ протяженіи съ брюшной стѣнкой и въ нѣсколькихъ мѣстахъ съ желудкомъ. Тонкія кишки мѣстами срослись съ толстой, мѣстами съ паріетальнымъ листкомъ брюшины. На одномъ мѣстѣ соединительно-тканый шнурокъ, толщиной до 3 mlm., перетягивалъ кишку, дѣлая ее мало проходимою. Спайки отдѣлены. Брюшная рана зашита, при чемъ въ серединѣ ея вставленъ тампонъ.

5.—Пульсъ 108, малъ. Тошноты, рвоты нѣтъ, стула не было, t° нормальна.

6/п-12/IV.—Больной сталъ поправляться, рана зажила, самочувствіе вполне хорошее.

13.—Выписался здоровымъ.

Диагноз: Peritonitis chron. adhaes.

Этіологія даннаго случая—травма, что явствуетъ изъ анамнеза. Рана, полученная при паденіи на пень, повидимому, была глубокая, проникавшая въ брюшную полость, благодаря чему и образовались сращения кишекъ съ передней брюшной стѣнкой, съ желудкомъ и между собой. Помимо этого, во время операціи былъ найденъ „на одномъ мѣстѣ соединительно-тканый шнурокъ, толщиной до 3 mm., который перетягивалъ кишку, дѣлая ее мало проходимою“.

Изъ приведеннаго, слишкомъ кратко, къ сожалѣнію, описанія механическаго препятствія въ кишкѣ нельзя точно себѣ представить, какимъ образомъ означенный шнурокъ перетягивалъ кишку, мѣсторасположеніе шнурка, его протяженіе и т. д. Въ зависимости отъ этого обстоятельства и рѣшеніе вопроса, къ какому отдѣлу механическаго ileus'a относится данный случай,—является нѣсколько затруднительнымъ.

Точку опоры въ этомъ отношеніи даетъ намъ клиническое теченіе означенной кишечной непроходимости. Съ 11/1 по 15/1 мы имѣли полную картину ileus'a, затѣмъ съ 16/1 по 31/1 явленія ileus'a исчезли, стулъ былъ почти ежедневно, боли держались въ ileosocol'ной области, животъ немного вздутъ. Съ 1/п по 3/п стула не было, боли въ животѣ усилились, появилась частая рвота желчными массами, словомъ, появилась вновь картина кишечной непроходимости, по поводу чего и была предпринята операція. Это повторное появленіе картины ileus'a даетъ намъ право отнести настоящій случай скорѣе къ obturacii, чѣмъ къ strangulacii, такъ какъ, обычно, послѣдней формѣ свойственно быстрое теченіе съ тѣмъ или другимъ исходомъ, о чемъ мы уже не разъ говорили.

Если же къ этому присовокупить, что въ разбираемомъ случаѣ наблюдалась и оживленная перистальтика кишекъ, то это окончательно рѣшаетъ вопросъ въ пользу нашего предположенія.

Механизмъ даннаго случая obturacii представляется мнѣ въ слѣдующемъ видѣ.

Надъ одной изъ болѣе выраженныхъ перетяжекъ, — которыя, кстати сказать, здѣсь, повидимому, были въ боль-

шомъ количествѣ,—лежала одна изъ петель тонкихъ кишекъ. Эта петля, благодаря тяжести цѣлаго пакета спаенныхъ между собой кишекъ, тянувшихся внизъ, должна была сдавливаться по своей нижней периферіи перетяжкой, надломиться подъ тѣмъ или другимъ угломъ и, такимъ образомъ, создать кишечную непроходимость.

Подъ вліяніемъ терапевтическихъ мѣръ, а также строгаго соблюденія діеты, могло произойти во время перистальтическихъ движеній кишекъ смѣщеніе надломленной надъ перетяжкой кишечной петли, а вмѣстѣ съ этимъ благоприятнымъ моментомъ исчезнуть и кишечная непроходимость.

Но такъ какъ условія для возникновенія новаго ileus'a оставались въ прежней силѣ, то мы и видимъ, что таковой вновь появился 1/п, какъ только та или другая кишечная петля приняла положеніе, описанное выше.

Что касается результата произведенной операціи, то рассчитывать на особенную его прочность и продолжительность едва ли возможно, такъ какъ, при многочисленности спаекъ и перетяжекъ кишекъ съ брюшной стѣнкой, желудкомъ и между собой, наврядъ ли всѣ онѣ могли быть уничтожены. Слѣдовательно, поводы къ образованію механическаго ileus'a остались, хотя и въ значительно меньшемъ количествѣ.

Тѣмъ не менѣе, благотворныя послѣдствія операціи у насъ налицо,—больной спасенъ отъ угрожавшей ему смерти. И этимъ спасеніемъ онъ обязанъ единственно и всецѣло во время предпринятому оперативному пособію.

Въ высшей степени интереснымъ является случай третьей группы obturacii вслѣдствіе сращеній и перетяжекъ кишекъ.

Больная 19 л., дѣвица, прачка, поступила 22/II-1903 г. съ жалобами на боли въ животѣ и вздутіе его. Временами бывала тошнота и рвота. Чувствуетъ себя нездоровой давно, около 3-хъ лѣтъ. Родовъ и выкидышей не было.

Больная удовлетворительнаго питанія, лимфатическія железы не увеличены. Наружные покровы и видимыя слизистыя оболочки нормальной окраски. Животъ значительно и равномерно вздутъ, стѣнки его умѣренно напряжены.

23.п.—Пульсъ 92, удовлетвор. Жалуется на боли въ животѣ, стула не было, была рвота.

24.—Животъ безъ перемѣнъ, сильныя боли въ животѣ. Была рвота. Стулъ 1 разъ, скудный.

25.—Пульсъ 88, удовлетвор. Стула не было. Была рвота и сильныя боли въ животѣ. Животъ по прежнему вздутъ, притупленъ въ лѣвой сторонѣ.

26.—Рвоты не было, стулъ 1 разъ, животъ болѣлъ меньше. Реакція на индиканъ положит.

27.—Была 1 разъ обильная рвота, стула не было. Животъ какъ и прежде.

28.—Пульсъ 104. Рвота, стула не было. Животъ еще болѣе вздутъ, менѣе болѣзненъ, чѣмъ раньше. Со стороны genitalia — nihil anormale.

1-2/ш.—Пульсъ 104, удовлетвор., рвота 3 раза, стулъ скудный, газы не отходили, животъ сильно вздутъ.

3.—Животъ еще болѣе вздулся, стула не было, рвота 4 раза съ сильнымъ запахомъ (не каловымъ). Языкъ суховатый, вѣтры не отходятъ.

4.—Пульсъ 92, стула не было, рвота раза 3, вѣтры не отходятъ.

5-6.—Status idem.

7-9.—Газы не отходятъ, стулъ былъ послѣ клизмы, рвота 4 раза. Боли въ животѣ по прежнему. Пульсъ слабый, временами не прощупывается, 132. Т° все время нормальна. Переводится на хирург. отдѣленіе.

10.—При перкуссии живота сверху получается тимпанитъ, сбоку и внизу въ люмбальной области притупленіе, какъ справа, такъ и слѣва. Восходящая и нисходящая ободочная кишка сильно вздуты, такъ что животъ выдается довольно сильно вправо и влѣво. Нижнія границы печени и селезенки не опредѣляются вслѣдствіе сильнаго вздутія живота.

Подъ хлороформнымъ наркозомъ былъ сдѣланъ разрѣзъ внизъ отъ пупка и нѣсколько вверхъ отъ него. Сильно вздутыя петли тонкихъ кишекъ были извлечены изъ брюшной полости. На стѣнкахъ кишекъ повсюду виднѣлись идущія продольно, косвенно и поперечно бѣлесоватыя полоски рубцовой ткани; мѣстами полосы эти расширялись настолько, что занимали $\frac{1}{3}$ и даже $\frac{1}{2}$ окружности всей кишки. Такія же полосы повсюду виднѣлись и на толстой кишкѣ. Здѣсь, кромѣ того, мѣстами замѣчались новообразованія хрящеватой плотности, величиной съ горошину до лѣснаго орѣха и больше, сидящія на стѣнкахъ

кишки. Когда послѣдовательно дошли до конца вздутія и дальше уже прощупывались совершенно спавшіяся кишки, то замѣчено было, что на одной изъ петель ilei, ближайшей къ соесум, полоска рубцовой ткани сильно расширилась въ стороны и захватывала значительное пространство кишечной стѣнки. Это мѣсто было оставлено у отверстія кожной раны, а остальные кишечныя петли вправлены обратно. Упомянутый отрѣзокъ кишки былъ пришитъ къ краямъ раны брюшной стѣнки; затѣмъ сдѣланъ былъ проколъ пришитой кишечной стѣнки, при чемъ, несмотря на сильное вздутіе кишки, газы вышли очень немного, вѣроятно, вслѣдствіе паретического состоянія кишекъ. Мѣсто прокола было зашито, и наложена асептическая крахмальная повязка. Тутъ же, въ операціонной, вслѣдствіе слабости пульса сдѣлано впрыскиваніе мускуса подъ кожу.

Больная при нитевидномъ пульсѣ скончалась въ тотъ же день.

Прижизненный діагнозъ: Enterostenosis. Lues inveterata.

Вскрытіе обнаружило: Peritonitis chron. fibrosa et fibri-nosa ac. Perihepatitis et perisplenitis adhaes. fibr. chr. Uterus infantililis. Degeneratio cystica ovarii utriusque. Lues inveterata.

Привожу нѣкоторыя данныя изъ патолого-анатомической картины этого случая:

Толстыя кишки въ спавшемся состояніи, тонкія рѣзко вздуты. Одна изъ петель тонкихъ кишекъ ilei, ближайшая къ соесум, пришита къ передней стѣнкѣ живота къ краямъ раны. Serosa кишекъ и peritoneum parietale гиперемированы. Соотвѣтственно вышеупомянутому отрѣзку тонкой кишки фиброзное утолщеніе. Слизистая ilei, соотвѣтственно утолщенной seros'ѣ, гиперемирована, представляетъ пѣлый рядъ складокъ и углубленій крайне неправильной формы, съ опухшими солитарными железами...

Клиническое теченіе разбираемаго случая даетъ намъ картину долной кишечной непроходимости. Эту кишечную непроходимость, на основаніи уже однихъ только анамнестическихъ данныхъ—вздутіе живота и по временамъ боли въ немъ, продолжающіяся около 3-хъ лѣтъ,—нужно отнести къ obturационной формѣ ileus'a, создавшейся, повидимому, постепенно. Судить же о видѣ этой obturации за скудостью объективныхъ данныхъ не представляется возможнымъ.

Случай этотъ приведенъ, главнымъ образомъ, изъ-за его

патолого-анатомической картины, въ связи съ которой я изложу и клиническое его теченіе.

Дѣйствительно, съ постепенно нараставшимъ препятствіемъ для свободной кишечной проходимости со стороны вышеописанныхъ перетяжекъ неразрывно связана и клиническая картина данного случая, т. е. начальный энтеро-стенозъ завершился полной кишечной непроходимостью.

До нѣкоторой степени кишечная непроходимость могла зависѣть и отъ наблюдавшихся на стѣнкахъ кишекъ новообразованій хрящевой плотности, достигавшихъ величины лѣсного орѣха и болѣе.

Интереснымъ разсматриваемый случай представляется, по моему мнѣнію, прежде всего, по формѣ соединительно-тканыхъ перетяжекъ, расположенныхъ по стѣнкамъ всего кишечнаго тракта. Перетяжки эти расширились настолько, что занимали $\frac{1}{3}$ и даже $\frac{1}{2}$ окружности всей кишки, а на одной изъ петель, ближайшей къ соесит, полоска рубцовой ткани такъ сильно расширилась въ стороны, что обхватывала чуть ли не всю периферію кишки и сильно ее сужала, чѣмъ и была создана вышеозначенная полная непроходимость кишечника въ этомъ мѣстѣ.

Не лишена, далѣе, интереса также и многочисленность этихъ полосокъ на протяженіи всѣхъ кишекъ и ихъ расположеніе—продольное, косвенное и поперечное.

Что же касается этиологіи этой кишечной непроходимости, то судить о ней до производства операціи на представлялось возможнымъ, за отсутствіемъ какихъ-либо указаній въ этомъ направленіи. Только данныя вскрытія, обнаружившія усиленное развитіе и настаніе соединительной ткани, достаточно опредѣлили характеръ инфекціи, именно люэтической.

Помимо того, упомянутое развитіе соединительной ткани дѣлаетъ этотъ случай въ высшей степени тяжелымъ въ оперативномъ отношеніи. О производствѣ здѣсь радикальной операціи не могло быть и рѣчи, потому что нужно было бы резецировать чуть не весь кишечникъ; частичная же его резекція имѣла бы только временное значеніе, такъ какъ

можно сказать напередъ, что оставшіяся не удаленными рубцовыя стяженія кишечника вновь бы создали его непроходимость. Положеніе дѣла ухудшалось еще и вслѣдствіе того, что обнаружено было паретическое состояніе кишекъ, которое ясно указывало на наступившій уже перитонитъ.

Все это вмѣстѣ взятое, повидимому, и заставило хирурга поскорѣе закончить операцію и ограничиться только пришиваніемъ къ брюшной ранѣ непроходимой кишечной петли съ послѣдовательнымъ ея проколомъ.

Вечеромъ того же дня больная умерла.

Судя по клиническому теченію заболѣванія, операцію здѣсь нужно было произвести гораздо раньше, чѣмъ это было сдѣлано. Полная картина ileus'a опредѣлилась въ первые же дни по поступленіи больной, и уже тогда не было никакихъ надеждъ на самопроизвольное исчезновеніе его припадковъ. Однако, мы видимъ, что laparotomia была произведена лишь 10/ш, когда пульсъ достигалъ 132 ударовъ въ 1 мин., былъ очень слабъ и временами совершенно не прощупывался. Характерно и то, что больная стала уже сама просить поскорѣе оказать ей оперативное пособіе.

Разсмотримъ, наконецъ, случай, относящійся къ послѣдней группѣ разбираемаго вида обтурацій.

Больная 45 л., акушерка, поступила въ больницу 28/vii-1906 г. съ жалобами на сильныя боли въ животѣ, отсутствіе стула и отхожденія газовъ, а также частую рвоту со сквернымъ запахомъ. Всѣ эти явленія начались 5 дней т. н., сразу, рѣзкой болью въ животѣ. Больной ставили клизму, солевую и масляную, но дѣйствія ихъ не было. Страдала женскими болѣзнями, за послѣднее время кровотеченіемъ при неправильныхъ регулахъ.

Больная плохого питанія. Животъ вздутъ, болѣзненъ, всюду тимпаниченъ. Ниже пупка выпячивается поперекъ живота какъ бы вздутая кишка, при чемъ изрѣдка замѣтна очень слабая перистальтика ея. Матка увеличена, въ retroversio. На правой сторонѣ шейки эрозія и бугристость. Кровоточивость.

29/vii.—Ночью былъ незначительный стулъ, къ утру повторившійся (со стол. ложку). Днемъ былъ стулъ въ порядочномъ колич. Вечеромъ животъ вздутъ, умѣренно болѣзненъ при ощупываніи, особенно во время схватокъ. Газы не отходятъ. Появилась рвота коричневатою жидкостью. Пульсъ 96-120.

30.—Контурировать матку не удастся изъ-за вздутія живота. Въ лѣвомъ сводѣ опредѣляется болѣзненная резистентность, вообще своды не глубоки. Ночью былъ стулъ въ незнач. колич., нѣсколько разъ. Каловыя массы полусформированы. Съ утра газы не отходятъ, вздутіе живота увеличилось, а также и боли схватками. Ясная перистальтика на прежнемъ мѣстѣ.

31.—Больная слабѣе. Ночью былъ стулъ въ поряд. колич. Животъ вздутъ сильнѣе, перистальтика ясно видна.

Т° за всѣ дни была нормальна, въ день же поступления—37,7°.

Операция: По вскрытіи брюшной полости, кишки оказались сильно раздутыми. Въ полости живота значительное колич. геморрагически мутной жидкости. Въ области малаго таза петли кишекъ склеены между собой. По раздѣленіи склеекъ послышался очень скверный запахъ. Вздутая часть тонкихъ кишекъ и спавшаяся уходили своими концами въ малый тазъ, и извлечь ихъ отсюда не представлялось возможнымъ. Между концомъ вздутой кишки и толстой кишкой сдѣлано соустіе при помощи пюговки Мурфи. Наиболѣе вздутая петля тонкихъ кишекъ вскрыта, выпущены газы и жидкое содержимое, послѣ чего кишка была зашита.

1/вн.—Больная почти безъ пульса, холодна на ошупь. Рвота.

2.—Крайне слаба, газы не отходятъ, рвота, мочи почти нѣтъ. Умерла.

Прижизненный діагнозъ: Ileus. Neoplasma uteri. Perimetritis.

Посмертный: Peritonitis supp. ac. et adhaesiva chr. Concretio partis intestini ilei cum utero. Anastomosis intest. ilei cum flexura sigm. operativa. Fibromyoma subserosa uteri posterior. Perimetritis, perisalpyngitis adhaes. chr.

Данныя изслѣдованія per vaginam вполне опредѣляютъ характеръ имѣющагося заболѣванія. Анамнестическія же данныя указываютъ на существованіе perimetrit'a у нашей больной съ давнихъ временъ. Отсюда уже мы можемъ заключить, что причиной появившейся кишечной непроходимости являются, несомнѣнно, склейки и сращения кишечныхъ петель какъ между собой, такъ и съ органами малаго таза и съ его стѣнками.

Объективныя данныя—ниже пупка идетъ перистальтирующая вздутая кишка—устанавливаютъ форму подлежащаго механическаго ileus'a, именно, обтураціонную.

Со стороны клиническаго теченія даннаго случая мы также наблюдаемъ соотвѣтственную картину. Такъ, напр., болѣзнь началась 5 дней т. н., время, въ которое при странгуляціонномъ ileus'ѣ, обычно, наступаетъ параличъ кишечника; здѣсь же мы видимъ, что въ теченіе 3-хъ послѣдующихъ дней, т. е. на 6, 7 и 8-й день, имѣлась еще довольно ясная перистальтика кишекъ. Характеръ болей, усиливавшихся во время перистальтики, также говорилъ за обтурацію кишки.

Нѣсколько необычнымъ можетъ показаться, что примѣненіе клизмъ иногда вызывало стулъ, но безъ отхожденія газовъ; далѣе, послѣ такого стула облегченія для больной не наступало, и часто животъ еще сильнѣе вздувался. На это обстоятельство мы должны смотрѣть, какъ на удаленіе содержимаго кишекъ только изъ нижняго отводящаго отрѣзка.

Относительно терапіи этой кишечной непроходимости нужно сказать, что она должна была быть только хирургической. Что же касается времени операціи, то въ нашемъ случаѣ, гдѣ явленія механической непроходимости кишекъ были ясно выражены, къ оперативному пособію слѣдовало бы прибѣгнуть немедленно.

Къ сожалѣнію, этого не было сдѣлано, и операція была произведена только по истеченіи 3-хъ сутокъ пребыванія въ больницѣ, когда уже въ полости живота появилось значительное количество геморрагически мутной жидкости, а самыя стѣнки кишекъ не выдерживали даже ничтожнаго насилія.

Въ слѣдующихъ далѣе таблицахъ приведены вкратцѣ остальные не вошедшіе въ описаніе случая, разсмотрѣннаго нами вида обтурацій.

№№ историй болезни.	Год поступления в больницу.	Возраст и занятие больного.	Семейное положение.	Число дней с начала заболевания до поступления в больницу.	ПАТОЛОГ.-АНАТОМИЧ. ДИАГНОЗЪ.	День операции после начала заболевания и характеръ ея.	ПАТОЛОГ.-АНАТОМИЧ. ДИАГНОЗЪ.	Число дней поступления в больницу.	Исходъ.	Число больных изъ числа дней.	ПАТОЛОГ.-АНАТОМИЧ. ДИАГНОЗЪ.
57.	1908	52 л. Инженеръ.	Женатъ.	11.	Плев. Обтуратив.	Плев. Обтурація.	Плев. Обтурація.	Смерть.	2.	—	
58.	1903	56 л. По хозяйству.	Замужняя.	6.	Sarcoma uteri. Peritonitis sarcomatosa.	1 мѣс. Enteroanastomosis. (Орощеніи тонкихъ кишекъ съ маткой).	Смерть.	33.	—	—	
59.	1898	34 л. При родняхъ.	Замужняя.	1 мѣс.	Peritonitis chron. adhaesiva.	4 м. Enteroanastomosis.	Улучшеніе.	104.	—	—	
60.	1897	23 л. Прачка.	Дѣвица.	2.	Peritonitis.	—	Улучшеніе.	13.	—	—	
61.	1903	50 л. Писецъ.	Женатъ.	7.	Плев. Peritonitis.	10. Enteroanastomosis.	Смерть.	5.	Perityphlitis, pelveoperitonitis adhaesiva...	—	

№№ историй болезни.	Год поступления в больницу.	Возраст и занятие больного.	Семейное положение.	Число дней поступления в больницу.	ПАТОЛОГ.-АНАТОМИЧ. ДИАГНОЗЪ.	День операции после начала заболевания и характеръ ея.	ПАТОЛОГ.-АНАТОМИЧ. ДИАГНОЗЪ.	Число дней поступления в больницу.	Исходъ.	Число больных изъ числа дней.	ПАТОЛОГ.-АНАТОМИЧ. ДИАГНОЗЪ.
62.	1900	50 л. Управляющая домогъ.	Дѣвица.	6.	Peritonitis stercoralis.	9. Laparotomia. (Слайки киш. унцированы).	Смерть.	4.	Смерть.	4.	Appendicitis chr. supp. Perioophoritis et perispyngitis adhaesiva chron.
63.	1906	52 л. Ткачъ.	Женатъ.	3.	Obturation intest. ten.	4. Enteroanastomosis. (Слайки и рубцовая стужен. кишекъ.)	Смерть.	3.	Смерть.	3.	Peritonitis chron. circumscripta et fibrinosa ac...
64.	1906	34 л. По хозяйству.	Замужняя.	1.	Плев.	—	Смерть.	2.	Смерть.	2.	Residua deciduae uteri. Septicaemia. (Воружъ припаякъ и въ заднемъ Дугласъ соед.-гъ. перемикъ).
65.	1903	28 л. Портниха.	Дѣвица.	12.	Плев.	—	Смерть.	6.	Смерть.	6.	Appendicitis chr. adhaesiva. Plev. ex concretionem flexum sigm. cum coeco et pariete abdom. Peritonitis ac...

№ историй болезни.	Год поступления в больницу.	Возраст и занятие больного.	Семейное положение.	Число дней с начала заболевания до поступления в больницу.	ДИАГНОЗЪ.	День операции послѣ начала заболевания и характеръ ея.	ИСХОДЪ.	Число больныхъ дней	ПАТОЛ.-АНАТОМИЧ. ДИАГНОЗЪ.
66.	1897	34 л. Кружевница.	Дѣ-вина.	3.	Volvulus. Peritonitis.	—	Смерть.	12.	Stricture rugosa. Cicatrices mesenterii et ventriculi. Lites in vet. (Кишки стегены между собой и стынаны живота, голстаки кишны съ желушковъ).
67.	1899	21 г. Прислуга.	Дѣ-вина.	4.	Obstructio intestin. (2 м. т. н. де-жагась репит et parietetis p. alor-tum).	—	Выздор.	10.	—
68.	1897	73 л. При мужѣ.	—	9.	Inflammatio interna.	10. Resectio intest. ilei. (Ужест. перех. тон. и густую много спаявъ.)	Смерть.	2.	—
69.	1905	50 л. Фабричная.	Вдова	2.	Inflammatio interna Nemta stypialis.	4. Laparotom. (Часть тонк. к. припаяна и стянута руб. комъ. Оращен. удалена.)	Выздор.	71.	—

Итакъ, всего обтурацій означеннаго вида мы имѣли 18 случаевъ. Оперированныхъ изъ нихъ было 11, съ 3-мя выздоровленіями, что составляетъ только 27,3%. Неоперированныхъ 7, также съ 3 поправившимися, т. е. 42,9%. Слѣдовательно, всего было 6 выздоровленій и 12 смертныхъ исходовъ, что въ %-номъ отношеніи выразится, какъ 33,3% первыхъ и 66,7% вторыхъ.

d) Суженія кишекъ до полной ихъ непроходимости (стенозы).

Стенозы чаще всего возникаютъ на почвѣ воспаленія слизистой оболочки кишки и язвъ, въ зависимости отъ рака, туберкулеза, сифилиса, тифа, дизентеріи, тромбовъ, пролежней, травмъ и т. п. факторовъ. Само собою разумѣется, что означенныя воспаленія и язвы слизистой оболочки кишки могутъ захватывать въ свой процессъ всю толщу кишечной стѣнки, т. е. ея мышечный слой и наружный серозный, и окончиться даже прободеніемъ кишки.

Всѣ эти случаи будутъ относиться къ такъ называемымъ Wilms'омъ intramural'нымъ (внутри-стѣннымъ) воспаленіямъ.

Съ другой же стороны, стенозы кишекъ могутъ быть вызваны и такъ называемыми perimural'ными (наружно-стѣнными) воспаленіями послѣ грыжъ, инвагинацій, резекцій и т. д.

Изъ 75.000 просмотрѣнныхъ мной скорбныхъ листовъ нашлось всего 17 случаевъ стенозовъ кишекъ съ картиной полной ихъ непроходимости, и всѣ они оказались раковаго происхожденія: 9 съ пораженіемъ recti, 5 flexurae sigm., 1 colonis transv., 1 flexurae colicae d. и 1 coeci.

Не дѣлая отсюда никакихъ выводовъ, я не могу, однако, не пожалѣть, что мнѣ своевременно не пришлось въ голову собрать всѣ вообще стенозы кишекъ, безъ наличія картины ileus'a, чтобы имѣть точное представленіе о характерѣ причинъ, вызывающихъ суженіе кишечника вообще при стенозахъ, о числѣ этихъ случаевъ и т. д.

Что касается клинической картины, сопровождающей вообще стенозы, то она носить болѣе или менѣе опре-

дѣленный характеръ, такъ какъ въ основѣ страданія постоянно лежитъ суженіе кишечнаго просвѣта. Слѣдовательно, здѣсь можно говорить о симптомокомплексѣ, свойственномъ вообще суженію кишки и обычно называемомъ хроническимъ ileus'омъ. Разсмотрѣніе неполной кишечной проходимости, или хроническаго ileus'a, не входитъ въ задачу моей работы. Но хронически протекающее кишечное суженіе можетъ иногда дать и полную картину ileus'a, подѣ влияніемъ благоприятно сложившихся для этого условій, какъ, напр., когда суженіе просвѣта само по себѣ дойдетъ до полного его уничтоженія, или осложнится перегибомъ или приращеніемъ кишки, посторонними тѣлами, попавшими въ кишечникъ, и вообще нарушеніемъ діеты и т. п. моментами. Подобнаго рода стенозы мной были отобраны и вошли въ изложеніе.

Перехожу къ описанію этихъ случаевъ.

Больная 59 л., мѣшанка, поступила 17/v-1903 г. съ жалобами на боли въ животѣ и полное отсутствіе стула.

17/v.—Животъ значительно вздутъ, по временамъ позывы на низъ.

18-25.—Несмотря на высокую клизму и слабительныя, дѣйствія кишечника не было. При изслѣдованіи прямой кишки нащупывается надъ сфинктеромъ нѣсколько плотныхъ, бугристыхъ узловъ, а дальше плотное кольцо, едва пропускающее кончикъ пальца. Вѣтры не отходятъ, по временамъ икота и тошнота.

26.—Подъ хлороформ. наркозомъ сдѣланъ разрѣзъ надъ лѣвой паховой связкой и вскрыта брюшина, изъ полости которой стало вытекать много серозной жидкости; затѣмъ S-гом. пришита къ ранѣ и, спустя 3 дня, былъ образованъ anus praeternaturalis, черезъ который выдѣлялось обильное колич. кала.

21/vi.—Рана постепенно затянулась, и больная была выписана.

Всего находилась въ больницѣ 35 дней.

Диагнозъ: Peus. Neoplasma recti.

Разбираемый случай въ клиническомъ теченіи своемъ не представляетъ какихъ-либо особенностей, а потому я на немъ и не буду долго останавливаться.

Что здѣсь имѣется картина полной непроходимости кишечника, это явствуетъ изъ вышеприведенной вкратцѣ исторіи болѣзни. Но для насъ случай этотъ представляетъ другой

интересъ, — какъ единственный, гдѣ больная выписалась съ значительнымъ облегченіемъ ея страданій, послѣ произведенной операціи anus praeternaturalis, тогда какъ все остальные 16 случаевъ окончились смертью. Изъ послѣднихъ 8 были оперированы, при чемъ въ 7 былъ образованъ anus praeternaturalis и въ 1-мъ enteroanastomosis.

Болѣе интереснымъ представляется слѣдующій случай:

Больная 68 л., кухарка, поступила 6/vi-1900 г. съ жалобами на боли въ животѣ и рвоту. Больна 3-й мѣс., родовъ и абортвъ не имѣла.

Больная плохого питанія, животъ метеориченъ, стула не было 5 дней.

7/vi.—По временамъ судорожныя боли въ животѣ, рѣзкая перистальтика кишекъ.

8.—Рвота желчными массаами, послѣ клизмы вышла одна промывная жидкость.

10-12.—Стулъ послѣ клизмы, рвоты не было.

13.—Стула не было. Черезъ брюшныя стѣнки замѣчается рѣзкая перистальтика кишечника.

14.—Рвота массаами, похожими на калъ, вонючими; послѣ клизмы одна промывная жидкость.

15-20.—Рвота каловыми массаами. Боли въ животѣ, по временамъ, при сильныхъ перистальтическихъ движеніяхъ.

21.—Стулъ послѣ клизмы обильный; тошноты, рвоты, болей въ животѣ нѣтъ.

23.—Очень частая рвота такими же массаами, какъ и раньше. Стула не было.

24.—Послѣ клизмы одна промывная жидкость. Черезъ брюшныя стѣнки замѣчается рѣзкая перистальтика тонкихъ кишекъ.

25.—Стулъ частый, жидкій. Рвота такая же, какъ и раньше. Сильныя боли въ животѣ.

26.—Рвоты нѣтъ, стулъ былъ произвольно.

27.—Снова рвоты, стула не было.

28.—Idem. Вечеромъ больная скончалась.

Прижизненный диагнозъ: Strictura intestin. Coprostasis. Arteriosclerosis. Marasmus senilis.

Посмертный: Strictura carcinomatosa caeci. Arteriosclerosis. Marasmus univers.

Нѣкоторыя патолого-анатомическія данныя:

Стѣнка ilei, особенно въ нижней ея части, рѣзко утолщена на счетъ гипертрофіи muscul. Въ разстояніи 8 сант. отъ ileo-

соesal'наго клапана — опоясывающая раковая язва, грибовидной формы, въ диаметръ 5 снт.

Интересъ этого случая заключается прежде всего въ его патолого-анатомической картинѣ.

Изъ всѣхъ 17 случаевъ раковаго стеноза кишекъ съ комбинаціей ileus'a, мы имѣемъ одинъ только этотъ скорбный листокъ, гдѣ при вскрытіи указывается на гипертрофію, и, при томъ, рѣзкую, стѣнокъ того участка кишки, который расположенъ надъ раковымъ суженіемъ ея.

Образованіе означенной гипертрофіи зависитъ отъ слѣдующихъ причинъ. Суженіе кишки, постепенно нарастая изо дня въ день, въ концѣ концовъ, становится непроходимымъ для содержимаго приводящаго участка кишечника; въ то же время кишечная мускулатура этого участка, по мѣрѣ нарастанія препятствія, стремится все-таки преодолѣть послѣднее и, усиливая свою мышечную работу, начинаетъ гипертрофироваться. Благодаря этой гипертрофіи приводящей части кишки, содержимое ея, иногда въ теченіе долгаго времени — цѣлые мѣсяцы, можетъ прогоняться черезъ суженное мѣсто. Но всему, конечно, бываетъ предѣлъ. Когда суженіе кишки достигаетъ такой степени, что гипертрофированный участокъ не въ состояніи уже продвинуть черезъ него своего содержимаго, то онъ раздувается, растягивается и, въ концѣ концовъ, парализуется. При такомъ положеніи дѣла раздутая кишка, которая въ это время можетъ достигнуть громаднаго объема, какъ мы увидимъ далѣе, до 16 1/2 снт., въ концѣ концовъ, изъязвляется и, затѣмъ, даже перфорируется. Что касается длины гипертрофированнаго и расширеннаго участка кишечника надъ суженіемъ, то послѣдняя, какъ въ нашемъ случаѣ, очень значительна.

Ясное дѣло, что наряду съ гипертрофіей кишки неразлучно связана съ ней и усиленная перистальтика этого отрѣзка, и чѣмъ рѣзче гипертрофія, тѣмъ сильнѣе и перистальтика. Доказательствомъ вышеизложеннаго служить приведенная нами выше клиническая картина даннаго случая: здѣсь черезъ брюшныя стѣнки наблюдалась неоднократно рѣзкая перистальтика кишекъ.

Намъ еще остается сказать о періодичности болей:

„боли въ животѣ, по временамъ, при сильныхъ перистальтическихъ движеніяхъ“.

Слѣдовательно, усиленная перистальтика кишекъ при стенозахъ сопровождается, какъ мы видимъ, болями. Степень этихъ болей въ значительной мѣрѣ зависитъ отъ силы перистальтическихъ движеній, и, наконецъ, боли эти достигаютъ своего апогея, когда кишка, вслѣдствіе длительнаго перистальтического сокращенія, напрягается и даже затвердѣваетъ, — состояніе, называемое „напряженіемъ кишки“ или „затвердѣніемъ“ (Naunyn, Nothnagel).

Отвѣтить на вопросъ, не наблюдалось ли въ нашемъ случаѣ означеннаго „напряженія кишки“, — довольно трудно, за отсутствіемъ достаточныхъ объективныхъ данныхъ, какъ, напр.: нащупываемаго пальцами туго натянутого валика, появленія этого валика въ одномъ и томъ же мѣстѣ брюшной полости, шума урчанія послѣ расслабленія кишки и т. п. признаковъ. На основаніи же клинической картины — періодичность сильныхъ болей въ животѣ, рѣзкая перистальтика тонкихъ кишекъ, ясно замѣтная черезъ брюшныя покровы, — можно допустить, что данный случай стеноза, повидимому, сопровождался, такъ называемымъ, напряженіемъ или затвердѣніемъ приводящаго отрѣзка кишки.

Едва ли представляется нужнымъ доказывать, что у насъ имѣлась полная картина ileus'a, при томъ вызваннаго, именно, раковой язвой кишечной стѣнки.

Въ заключеніе, считаю нужнымъ подчеркнуть, что клиническая картина даннаго суженія кишекъ нѣсколько разъ осложнялась явленіями полной ихъ непроходимости, которая, спустя нѣсколько дней, исчезала, а затѣмъ вновь появлялась. Какими причинами вызывалось подобное состояніе кишечника, не представляется возможнымъ сказать, за отсутствіемъ въ исторіи болѣзни какихъ-либо указаній въ этомъ направленіи. Повидимому, стенозирующая раковая язва временами инфильтрировалась сильнѣе, разбухала и окончательно закупоривала просвѣтъ кишки, который, затѣмъ, подъ влияніемъ усиленной перистальтики приводящаго отрѣзка, снова нѣсколько восстанавливался.

Слѣдующая исторія болѣзни можетъ служить примѣ-

ромъ ни на чемъ необоснованнаго игнорированія оперативнаго вмѣшательства даже въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ таковое является единственнымъ и неотложно показаннымъ.

Больной 52 л., комиссіонеръ, поступилъ 22/VI-1902 г. съ жалобами на боли въ животѣ, запоры, тошноту. Больнымъ себя считаетъ 6 дней. Заболѣваніе началось запоромъ, черезъ 3 дня послѣ этого появились боли въ лѣвой сторонѣ живота, тошноты, рвота была нѣсколько разъ въ прошлую ночь. Отправленіе кишечника было раньше всегда правильнымъ, но за послѣдній мѣсяцъ бывалъ неоднократно запоръ. Лѣтъ 20 т. н. перенесъ брюшной тифъ. Не алкоголикъ, сифилиса не было.

Больной хорошаго питанія. Животъ вздутъ, болѣзненъ въ лѣвой половинѣ. Въ области S-romani прощупывается какъ бы опухоль, величиной въ кулакъ.

23.—Животъ вздутъ, рвота была 2 раза, стула не было.

26.—Животъ вздутъ, напряженъ, толстыя кишки растянуты, стѣнки ихъ плотноваты. Стула не было.

27-28.—Немного справа отъ пупка прощупывается какъ бы опухоль, болѣзненная, малоподвижная; стулъ былъ 1 разъ, въ незначит. колич., крупинками.

29.—Животъ вздутъ, особенно по тракту толстыхъ кишекъ, вѣтры не отходятъ, стула не было. Опухоль въ области flex. sign. прощупывается по прежнему.

2/VII.—Появились рвоты, боли въ животѣ усиливаются, стула нѣтъ.

3.—Рѣзкое ухудшеніе. Всю ночь была рвота, животъ вздутъ, тимпаниченъ, вѣтры не отходятъ, стула не было. Больной умеръ.

Прижизненный діагнозъ: *Incarceratio interna*.

Посмертный: *Stricture S-romani ex neoplasm. Adenocarcinoma. Ulcus (decubitale) coeci. Peritonitis stercoralis gravis.*

Патолого-анатомическія данныя:

Съуженное мѣсто находится въ 40 снт. отъ *anus'a*, представляетъ изъ себя язву съ утолщенными стѣнками. Выше мѣста съуженія складки толстой кишки сглажены, кишка рѣзко растянута, шириной 16½ снт., а на мѣстѣ съуженія 7½ снт.

На передней поверхности *coeci* прободная язва, величиной съ 20 коп. монету.

Какъ мы видѣли, больной пролежалъ на внутреннемъ отдѣленіи съ діагнозомъ—*Incarceratio interna*—въ теченіе 13 дней, и за все это время хирургъ ни разу не былъ приглашенъ. Да повидимому, судя по скорбному листу, объ операціи даже и не возникало вопроса.

Между тѣмъ, показанія къ операціи были налицо. Объ

этомъ говорятъ съ несомнѣнностью какъ объективныя данныя, такъ и вся клиническая картина, приведенная выше.

Данныя же патолого-анатомическаго вскрытія этого случая, помимо подтвержденія высказаннаго нами, указываютъ еще и на то, что съ операціей нужно было спѣшить, такъ какъ этимъ самымъ предупреждена была бы перфорация слѣпой кишки.

Въ заключеніе, считаю не лишнимъ остановиться еще на томъ, что число дней, проведенныхъ въ больницѣ во всѣхъ 16 нашихъ случаяхъ, окончившихся смертью, было самое меньшее—2 дня и самое большое—126 дн., при чемъ на каждомъ оперированнаго больного приходилось, въ среднемъ, 27 дней, а для случаевъ неоперированныхъ—21 д. Говоря другими словами, мы при помощи операціи продлили жизнь каждому больному только на 6 дней.

Такіе результаты операцій, конечно, равны 0. Причиной этого являются, въ большинствѣ случаевъ, сильно запущенныя раковыя пораженія кишекъ, запоздалость операцій и довольно часто встрѣчающійся престарѣлый возрастъ больныхъ.

Изъ статистики Mikulicz'a можно видѣть, что полученные имъ результаты операцій при раковыхъ стенозахъ кишекъ были совершенно иными: въ 106 случаяхъ, среди которыхъ было 100 карциномъ, 5 саркомъ и 1 эндотелиома, 23 раза дѣло шло о комбинаціяхъ стенозовъ кишекъ съ *ileus'омъ*, и изъ этихъ 23 случаевъ послѣ операціи умерло 10 челов.

Ниже слѣдуютъ таблицы съ краткими данными стенозовъ, не вошедшихъ въ изложеніе.

№ истории болезни.	Годъ поступления въ больницу.	Возрастъ и занятіе больного.	Семейное положеніе.	Число дней съ начала заболевания до поступления въ больницу.	ДІАГНОЗЪ.	День операціи послѣдствъ заболѣванія въ характерѣ ея.	ДІАГНОЗЪ.	День операціи послѣдствъ заболѣванія въ характерѣ ея.	Семейное положеніе.	Возрастъ и занятіе больного.	Годъ поступления въ больницу.	№ истории болезни.
78.	1901	55 л. При родныхъ	Дѣ-вица.	7.	Плевс. Cancer. intestin.	Плевс. Cancer. intestin.	Плевс. Cancer. intestin.	7.	Дѣ-вица.	1901	Stenosis carcinomatosa flex. signm...	78.
79.	1901	41 г. Горничная	За-муж-няя.	3.	Плевс. Peritonitis	Плевс. Peritonitis	Плевс. Peritonitis	3.	За-муж-няя.	1901	Stenosis carcinom. recti...	79.
80.	1900	42 л. Присяжный стряпчий.	Же-натъ.	17.	Плевс.	Плевс.	Плевс.	17.	Же-натъ.	1900	Ulcus et strictura carcinomatosa recti.	80.
81.	1900	70 л. Безъ занятій.	Вдо-ведъ.	1.	Hernia incarcerata inguin d. Enterostenosis.	Hernia incarcerata inguin d. Enterostenosis.	Hernia incarcerata inguin d. Enterostenosis.	1.	Вдо-ведъ.	1900	Cancer colon. transversi. Peritonitis adhaes. chron...	81.
82.	1905	50 л. Насредства мужа.	За-муж-няя.	6.	Stricture recti.	Stricture recti.	Stricture recti.	6.	За-муж-няя.	1905	Stenosis carcinom. recti. Peritonitis ac.	82.

№ истории болезни.	Годъ поступления въ больницу.	Возрастъ и занятіе больного.	Семейное положеніе.	Число дней съ начала заболевания до поступления въ больницу.	ДІАГНОЗЪ.	День операціи послѣдствъ заболѣванія въ характерѣ ея.	ДІАГНОЗЪ.	День операціи послѣдствъ заболѣванія въ характерѣ ея.	Семейное положеніе.	Возрастъ и занятіе больного.	Годъ поступления въ больницу.	№ истории болезни.
73.	1905.	52 л. Торговецъ.	Же-натъ.	2 недѣли.	Инциarceratio intena. Peritonitis.	Инциarceratio int. jejuni cum S-том.	Инциarceratio int. jejuni cum S-том.	2 недѣли.	Же-натъ.	1905.	Stenosis recti.	73.
74.	1898.	29 л. По хозяйству.	За-муж-няя.	17	Stenosis recti.	Ларанго-томия cum format. ani praeter nat.	Stenosis recti.	17	За-муж-няя.	1898.	Stenosis recti. Stenosis recti. Stenosis recti. Peritonitis haemorrhagica serfica.	74.
75.	1897.	51 г. Прачка.	Вдо-ва.	7.	Neoplasma pelvis. Oclusio intest.	Operatio ani praeter nat.	Neoplasma pelvis. Oclusio intest.	7.	Вдо-ва.	1897.	Carcinoma uteri per continuitatem vesicae urin. et recti...	75.
76.	1894.	61 г. При дочери.	Вдо-ва.	6.	Atonia intestin.	—	Atonia intestin.	6.	Вдо-ва.	1894.	Carcinoma et stenosis S-том...	76.
77.	1897.	66 л. Часовой мастертъ.	Же-натъ.	2 недѣли.	Volvulus.	—	Volvulus.	2 недѣли.	Же-натъ.	1897.	Carcinoma flex. sign.	77.

№ исторій болѣзни.	Годъ поступления въ больницу.	Возрастъ и занятіе больного.	Семейное положеніе.	Число дней съ начала заболевания до поступления въ больницу.	ПАТОЛОГО-АНАТОМІЯ.	День операціи послѣ начала заболевания и характеръ ея	ИСХОДЪ.	Число болѣзненныхъ дней.	ПАТОЛОГО-АНАТОМІЯ.
83.	1898	60 л. Пенсія.	Женатъ.	5.	Тиморинтестин.	8. Operatio ani praeternaturalis.	Смерть.	18.	Ulcus carcinomatosum flex. sigm.
84.	1907	55 л. Крестьянствомъ.	Замужняя.	7.	Volvulus.	10. Laparotomia cum format. ani praeternaturalis.	Смерть.	8.	Stenosis carcinomatosa recti...
85.	1901	20 л. Строляръ.	Холостъ.	3 недѣли.	Ulcus. Neoplasma pelvis.	4 нед. Laparotomia cum format. ani praeternaturalis.	Смерть.	39.	Stenosis carcinomatosa recti partis super...
86.	1907	65 л. Пенсія	Вдовецъ.	5.	Neoplasma flex. sigm.	6. Laparotomia cum format. ani praeternaturalis.	Смерть.	39.	Carcinoma flex. sigm. et recti...

Такимъ образомъ, всего стенозовъ кишекъ мы имѣемъ 17, съ однимъ только нѣкоторымъ улучшеніемъ изъ 9 оперированныхъ. Неоперированные же всѣ окончились смертью.

е) *Обтураціи, вызванныя инвагинаціями кишекъ.*

Эту группу составляютъ отобранные мною 11 случаевъ кишечныхъ инвагинацій.

Причиной, побуждающей всѣ invaginationes intestinorum отнести къ обтураціонному ileus'у, служить то обстоятельство, что съ понятіемъ инвагинаціи связано представление о закупоркѣ просвѣта кишечника постороннимъ тѣломъ, хотя бы и образовавшимся на счетъ самой кишечной трубки.

Уже Reuer, въ 1677 г. подробно разобравшій, впервые, сущность кишечныхъ вѣдреній, обозначилъ ихъ, какъ особую форму кишечной закупорки.

Наряду съ полнымъ вѣдреніемъ кишекъ встрѣчаются виды неполнаго или бокового, когда въ образованіи инвагинаціи принимаетъ участіе только часть стѣнки кишки. Такія инвагинаціи называются неполными—Invaginatio incompleta, и клиническая картина ихъ можетъ и не сопровождаться явленіями полной закупорки кишечника.

Что касается этиологіи и патогенеза инвагинацій, то не лишне будетъ сказать, что ихъ различаютъ два вида: 1) предсмертные или агональные вѣдренія кишекъ, не представляющія никакого клиническаго интереса и встрѣчающіяся чаще всего у дѣтей, и 2) прижизненные, воспалительныя вѣдренія, происходящія отъ различныхъ причинъ—травмы, кишечныхъ полиповъ, поносовъ различнаго происхожденія и вообще усиленной перистальтики кишекъ въ началѣ частичнаго или общаго воспаленія брюшины и т. п. моментовъ.

Относительно сущности кишечныхъ вѣдреній я не буду входить въ подробности, а ограничусь лишь замѣчаніемъ, что экспериментальнымъ путемъ на животныхъ Nothnagel и Wilms доказали образованіе инвагинаціи на счетъ сокращенія круговой мускулатуры выпележащаго

отрѣзка кишки и сокращенія продольной мускулатуры нижележащаго отрѣзка, который, такимъ образомъ, зонтикообразно надвигается на вышележащій,—выводы, какъ разъ противоположныя прежнему учению, по которому въ нижнюю парализованную часть кишки вѣдряется другая часть, лежащая кверху и усиленно перистальтирующая,—*Invaginatio spasmodica, Invaginatio paralytica.*

Переходя къ вопросу о частотѣ инвагинацій, мы должны указать на данныя *Treves'a* и *Weiss'a*. Первый изъ нихъ насчитываетъ 442 инвагинаціи, среди 1152 случаевъ кишечной непроходимости, т. е. около 30%. Болѣе половины этихъ случаевъ инвагинацій приходится на первые 10 лѣтъ а изъ нихъ 25% только на одинъ первый годъ.

До 10 лѣтъ	53%
Съ 11—20 лѣтъ	12%
„ 21—40 „	20%
„ 41—60 „	11%
Выше 60 „	4%

Weiss, въ 1899 г., свои 322 случая инвагинацій раздѣлилъ такъ:

- 1) Новорожденные и дѣти, питающіяся грудью 177 случ. 55%.
- 2) Дѣти отъ 2-хъ лѣтъ до совершеннолѣтія 85 „ 26%.
- 3) Взрослые 60 „ 19%.

Далѣе, по *Weiss'u*, средній процентъ частоты инвагинацій у мужчинъ—65%, а у женскаго пола, слѣдовательно, 35%.

Если мы возьмемъ, для сравненія съ предыдущими цифровыми данными наши 11 случаевъ вѣдренія кишекъ, сопровождавшихся картиной *ileus'a*, то это составитъ по отношенію ко всему количеству приводимыхъ нами случаевъ полной непроходимости кишечника (178) очень небольшой %, именно, нѣсколько болѣе 6%. Причиной этого служитъ, отчасти, то обстоятельство, что дѣти моложе 12 лѣтъ въ *Маринскую* больницу не принимаются, а затѣмъ, случаи неполныхъ инвагинацій и вообще вѣдренія кишекъ безъ картины *ileus'a* мной не брались въ расчетъ.

По отношенію къ возрасту, инвагинаціи наши распредѣлились:

съ 12 л. до 20 л. —	27%
„ 21 г. „ 40 „ —	45%
„ 41 „ „ 60 „ —	27%

По отношенію къ полу: 9 мужчинъ и 2 женщ., т. е. 4¹/₂: 1, или же 82% мужчинъ и 18% женщинъ.

Что касается частоты отдѣльныхъ формъ инвагинацій, то подробная статистика *Weiss'a* даетъ слѣдующія цифровыя данныя:

	1) Новорожденные и грудныя дѣти.	2) Дѣтскій возрастъ до совершеннол.	3) Взрослые.
<i>Invaginatio enterica</i>	24 %	23 %	34,0%
„ <i>ileocoecalis</i>	42 %	43 %	34,5%
„ <i>ileocolica</i>	10 %	14 %	4,5 %
„ <i>colica</i>	24 %	20 %	27,0%

Если же соединить *invaginatio ileocoecalis* и *ileocolica* вмѣстѣ, то получимъ 52 % 57% 39%

Такимъ образомъ, самой частой формой инвагинаціи бываетъ *ileocoecal'nая*.

Приводимые нами 11 случ. инвагинацій распредѣляются такимъ образомъ: 6 изъ нихъ относятся къ вѣдреніямъ тонкихъ кишекъ въ тонкія же—*Invaginatio enterica*, и 5 къ вѣдреніямъ тонкихъ кишекъ въ толстыя—*Invaginatio ileocoecalis*. По отношенію же ко всѣмъ 11 случ. это выразится: 55% *invag. enterica* и 45% *invag. ileocoecalis*.

Считаю теперь возможнымъ перейти къ описанію клиническаго теченія инвагинацій.

Здѣсь, прежде всего, нужно упомянуть о томъ, что въ представляемыхъ нами случаяхъ вѣдреній кишекъ имѣются инвагинаціи какъ съ острымъ теченіемъ, такъ и съ хроническимъ.

Wilms въ своей монографіи *ileus'a* различаетъ, вмѣстѣ съ *Rafinesque* и *Nothnagel'em*, 4 рода теченія инвагинацій, именно:

1) совершенно острую форму, гдѣ больные умираютъ на 1-й или 2-й день;

2) острую форму, гдѣ больные, въ большинствѣ случаевъ— 80% по Leichtenstern'у, погибаютъ между 2-мъ и 7-мъ днемъ;

3) подострыя формы, къ которымъ причисляются инвагинаціи, дліящаяся отъ 1-й до 2-хъ недѣль и, наконецъ,

4) хроническія, т. е. долѣе дліящаяся случаи.

Тѣмъ не менѣе, Wilm s находитъ, что вышеозначенное разграниченіе инвагинацій нѣсколько схематично, и придерживается, главнымъ образомъ, дѣленія инвагинацій только на острыя и хроническія, при чемъ къ первой группѣ причисляетъ случаи съ полной закупоркой кишечника, а ко второй съ неполной закупоркой, когда существуетъ просвѣтъ внутренняго ствола инвагинированной кишки.

Но и такое дѣленіе не вполне исчерпываетъ разнообразіе клинической картины инвагинацій. Всякій, острый въ началѣ, случай инвагинаціи можетъ перейти въ хроническій, т. е. когда полная непроходимость кишечника, подъ вліяніемъ тѣхъ или другихъ моментовъ, смѣняется формой хроническаго ileus'a; но можетъ быть и такое положеніе вещей, когда хронически текущая invaginatio переходитъ въ полную непроходимость кишечника, говоря другими словами, обостряется.

Для удобства разбора я сначала приведу всѣ 4 случая инвагинацій, подвергнувшихся оперативному леченію, а затѣмъ и случаи неоперированные. Что же касается дѣленія инвагинацій на острыя и хроническія, то я всякій разъ буду подчеркивать тѣ случаи, которые представляютъ особенности въ вышеупомянутомъ смыслѣ.

1). Больной 19 л., кр-нъ, поступилъ 22/ix-1898 г. съ жалобами на боли въ животѣ и рвоты, появившіяся 2 недѣли т. н. Стулъ, до тѣхъ поръ ежедневный, сталъ рѣже. Въ теченіе недѣли рвота ежедневно, послѣднее время съ каловымъ запахомъ. 4 дня, какъ совершенно не было стула и не отходили вѣтры. Приблизительно съ недѣлю, какъ замѣтилъ узелъ въ лѣвой подвздошной области.

Больной удовлетворит. питанія, каловый запахъ изо рта. Abdomen вздутъ. Въ лѣвой подвздошной области колбасовидная опухоль. При пальпации живота часто появляется усиленная перистальтика, съ рѣзко обозначающимися кишечными петлями.

23/ix.—Животъ вздутъ; въ лѣвой подвздошной области прощупывается та же колбасовидная опухоль. Вчера поставлена была высокая клизма съ Ol. Terebinth., послѣ чего вышло довольно много каловыхъ массъ, но опухоль въ лѣв. подвзд. области не измѣнилась. Перистальтика кишекъ по прежнему энергична. Отъ предложенной операции больной отказался.

24.—Пульсъ 108, полный. Рвота съ запахомъ менѣе сильнымъ. Вчера утромъ была высокая клизма, оставшаяся безъ всякаго результата. Вечеромъ снова была сдѣлана масляная клизма, послѣ которой былъ стулъ въ небольшомъ колич. Энергичная перистальтика кишекъ продолжается. Животъ вздутъ, высокое стояніе діафрагмы. Опухоль in statu quo. Въ правой половинѣ живота и нижней его части тупой перкуторный звукъ и шумъ плеска.

25.—Подъ хлороформнымъ наркозомъ сдѣланъ параллельно лѣвой пупартовой связкѣ разрѣзъ. По вскрытіи fasciae transv. обнаружилась опухоль, величиной въ средній апельсинъ, дряблая, мѣстами съ кровоизліяніемъ. Опухоль была вылучена частями. Рана тампонирована, повязка. При микроскоп. изслѣд. соскоба опухоли—круглыя, ядерныя клѣтки, жирно перерожденныя.

26.—Послѣ операции каловая рвота, боли въ животѣ схватками и вообще припадки непроходимости кишекъ продолжались. Рѣшено произвести лапаротомію.

Подъ хлороформ. наркозомъ сдѣланъ разрѣзъ по lin. alba, длиной до 10 снт. Тонкія кишки сильно вздуты, растянуты. Въ брыжжейкѣ плотныя, величиной отъ орѣха до мандарина, перерожденныя железы. Нижняя часть ilei, на протяженіи около 15 снт., инвагинирована въ нижележащій отрѣзокъ ilei же и совершенно непроходима. Толстая кишка спалась. Въ нижней части instususcepti, въ стѣнкѣ кишки, опухоль, величиной съ грецкій орѣхъ, плотная, закрывающая просвѣтъ кишки. Опухоль эта съ прилежащими частями кишки (всего на протяж. около 6-8 снт.) резецирована; кишки соединены помощью пюговки Мурфи. Края раны соединены швами, но не на всемъ протяженіи, въ рану введены тампоны. Повязка.

27.—Рвота съ каловымъ запахомъ. Пульсъ 140 въ 1 мин., дыханіе 50. Facies hypocratica. Смерть.

Прижизненный діагнозъ: Ileus (Hernia properitonealis?). Tumor malignus (sarcoma) ilei et mesenterii. Enterostenosis. Sarcoma glandul. inguinal.

Посмертный диагноз: *Sarcoma intest. jejuni, glandularum lymphatic. mesenterialium, retroperitonealium et inguinalium sinistr. Peritonitis acuta. Resectio intestini jejuni ante diem I facta. Enteroanastomosis.*

Случай этотъ представляетъ интересъ въ томъ отношеніи, что въ немъ нѣтъ, такъ сказать, чистой формы инвагинаціи. Послѣдняя здѣсь еще осложняется наличиемъ саркомы, какъ въ стѣнкѣ тонкихъ кишекъ, такъ и въ брыжжеечныхъ железахъ.

Въ зависимости отъ этого какъ самый способъ образованія инвагинаціи, такъ и клиническое ея теченіе имѣютъ нѣкоторыя особенности.

Главнымъ моментомъ въ образованіи здѣсь инвагинаціи нужно считать присутствіе въ стѣнкѣ кишки опухоли, которая своей тяжестью и вызвала внѣдреніе кишки. Это внѣдреніе, подъ влияніемъ постоянной тяжести, прогрессировало и, такимъ образомъ, *intussusceptum* достигло длины въ 15 снт.

Съ другой стороны, пребываніе означенной опухоли въ нижней части *intussuscepti* и закупориваніе ею просвѣта кишки не могло не отразиться и на клиническомъ теченіи разбираемой инвагинаціи. Такъ, здѣсь мы могли бы имѣть случай неполнаго внѣдренія кишекъ, если бы не было опухоли, благодаря которой образовалась острая полная кишечная непроходимость. Словомъ, въ этомъ случаѣ мы наблюдали такую же картину инвагинаціи, какая бываетъ при закупориваніи *intussuscepti* посторонними тѣлами—косточками или частичками пищи.

Трактуя разбираемую инвагинацію въ такомъ смыслѣ, мы должны отнести ее къ хронической формѣ, къ которой впоследствии только присоединилась острая полная обтурація кишки.

Данныя анамнеза также подтверждаютъ наше заключеніе.

Считаю излишнимъ приводить здѣсь наличиемъ симптомокомплекса *ileus'a*, такъ какъ таковая слишкомъ очевидна изъ приведенной исторіи болѣзни. Намъ болѣе интересуется вопросъ, могли ли мы опредѣлить въ нашемъ случаѣ, до производства операціи, характеръ кишечной непроходимости.

Судя по выставленному прижизненному диагнозу, гдѣ вначалѣ допускалась даже *Hernia properitonealis*, нужно думать, что лечившіе больного врачи далеки были отъ предположенія въ данномъ случаѣ кишечной инвагинаціи. Нащупываніе въ лѣвой подвздошной области, какъ самимъ больнымъ, такъ и врачами, опухоли, послужило, повидимому, причиной невѣрнаго толкованія подлежащаго случая. По всему вѣроятію, первая операція и была произведена съ цѣлью обнаруженія ущемляющаго кишечную петлю грыжевого кольца.

И мнѣ кажется, что допущенное неправильное толкованіе этого случая вполне понятно, и очень немногіе могли бы не впасть въ эту ошибку.

Возрастъ больного, удовлетворительное питаніе его, наконецъ, почти острое начало болѣзни—все это данныя, говорившія противъ допущенія въ разбираемомъ случаѣ злокачественнаго пораженія кишечника и его лимфатическихъ железъ. Наблюдавшаяся усиленная перистальтика кишекъ, видимая черезъ стѣнки живота, а также и боли—все это также относилось къ предполагаемой ущемленной грыжѣ. Словомъ, во всей исторіи болѣзни не отмѣчается ни одного признака, который заставилъ бы усомниться въ правильности поставленнаго диагноза и который могъ бы быть отнесеннымъ къ истинной причинѣ заболѣванія.

Что касается неблагоприятнаго исхода произведенной операціи резекціи кишки, то о послѣдней не представляется возможнымъ дѣлать какія-либо заключенія, основываясь на данномъ случаѣ, осложненномъ саркомой. Не будь у нашего больного саркомы кишечника и его железъ, исходъ операціи могъ бы быть совершенно другимъ; тѣмъ болѣе, что мы не можемъ указать на какія-либо погрѣшности въ технику произведенной резекціи кишки, какъ объ этомъ и можно судить по слѣдующей выдержкѣ изъ протокола патолого-анатомическаго вскрытія:

Въ разстояніи 2 метр. отъ *ileoocaecal'nago* клапана, на мѣстѣ резецированной кишки, вставлена пуговка Мурфи, въ окружности которой *serosa* приводящаго конца и отводящаго шита; слизистая *ilei* на дальнѣйшемъ протяженіи, а также и толстой

кишки, сѣрая, мѣстами инфильтрирована по складкамъ; забрюшинныя железы увеличены значительно, мягкой консистенціи...

Не менѣе интереснымъ представляется и нижеслѣдующій случай.

2). Больной 16 л., трактирный слуга, поступилъ 5/xi-1897 г. съ жалобами на появившіяся съ сегодняшняго утра боли въ животѣ и рвоту; стулъ до этого былъ правильный.

Больной средняго питанія. Животъ немного вздутъ, въ лѣвой верхней половинѣ прощупывается колбасовидная, въ видѣ круга, плотная болѣзненная опухоль.

6/xi.—Наполненные петли кишекъ видны и также прощупываются. Рвота 6 разъ. Стулъ былъ послѣ клизмы.

Разрѣзъ по бѣлой линіи живота, отъ прос. хурhoïd. до пупка и ниже. Изъ брюшной полости извлечены въ видѣ спирали раздутыя, темно-синяго цвѣта, петли тонкихъ кишекъ, при чемъ одинъ конецъ—периферическій—имѣлъ продолженіе нормальнаго просвѣта и нормальное состояніе, другой же, раздутый, съ вышеизложенными измѣненіями наружнаго вида,—терялся неопредѣленно. Вся спираль была повернута по оси. При дальнѣйшемъ изслѣдованіи оказалось, что отдѣлъ кишки, на протяженіи $\frac{3}{4}$ арш., былъ вѣдренъ въ сосѣдній участокъ ея, serosa котораго представляла небольшой надрывъ.

Кишки были расправлены, на надрывъ серозы наложено нѣсколько швовъ. Вставленъ тампонъ, и наложена повязка.

Лицо больного осунулось, сопорозное состояніе, рвота, пульсъ нитевидный. Умеръ.

Прижизненный діагнозъ: Invaginatio intestinalis. Peritonitis septica. Ruptura serosae viscer.

Посмертный діагнозъ: Peritonitis septica. Gangraena partialis jejuni. Septicaemia.

Привожу нѣкоторыя данныя вскрытія:

Serosa тонкихъ кишекъ темнокрасная, мѣстами черная. Брыжжейка у корня повернута одинъ разъ слѣва направо. Брыжжейка довольно длинная. Въ разстояніи 31 снт. отъ конца duodeni странгуляціонная борозда на кишкѣ; другая странгуляціонная борозда находится отъ первой приблизительно на 105 снт....

Случай этотъ можетъ быть отнесенъ къ группѣ совершенно остро протекающихъ инвагинацій. По Leichtenster n'у, среди 269 вѣдреній кишекъ имъ было найдено только 5 инвагинацій, которыя протекали совершенно остро; 4 изъ нихъ относились къ дѣтямъ на первомъ году жизни, а 1—къ взрослому. Всѣ онѣ окончились смертью.

Какъ въ предыдущей исторіи болѣзни, такъ и здѣсь, мы не имѣемъ чистой инвагинаціи кишекъ; послѣдняя, какъ видно изъ патолого-анатомической картины, осложнилась поворотомъ тонкихъ кишекъ по оси брыжжейки.

Въ свою очередь, послѣднее обстоятельство не могло не отразиться на всемъ клиническомъ теченіи даннаго случая и на его исходѣ. Здѣсь, повидимому, благодаря только volvulus'у, наступила столь быстро гангрена цѣлаго участка кишечника.

Что касается этиологіи, то ее мы должны искать, сообразно съ профессіей больного—трактирнаго слуги, въ злоупотребленіи пищевыми веществами, быть можетъ, и недоброкачественными, и неудобоваримыми.

Дифференціальная діагностика здѣсь не можетъ быть проведена, вслѣдствіе осложненія этого случая volvulus'омъ. Въ пользу инвагинаціи говоритъ возрастъ больного—16 л.; но, съ другой стороны, не исключается возможность при такомъ возрастѣ и volvulus'a. Локалізациа колбасовидной опухоли въ лѣвой верхней половинѣ живота и перистальтика нѣкоторыхъ кишекъ какъ будто и указывали на инвагинацію, но это обстоятельство не могло еще служить точкой опоры для окончательнаго сужденія, такъ какъ простой corporostasis могъ дать подобную же картину.

Вообще, нужно сказать, что анатомическая причина разбираемаго нами ileus'a, какъ быстро протекшаго, не могла быть до момента операціи точно установлена. Если же я и позволилъ себѣ привести этотъ случай, то сдѣлалъ это съ цѣлью подчеркнуть особенность его, именно, осложненіе инвагинаціи поворотомъ кишекъ по оси брыжжейки.

3). Больной 39 л. отъ роду, чернорабочій, поступилъ 15/iv-1896 г. съ жалобами на боль въ животѣ, запоръ въ теченіе 6 дней, головокруженіе и общую слабость. Заболѣлъ 7. дней т. н., сразу. Болѣзнь началась рѣзью въ животѣ. Въ первый день рвоты не было, въ остальное же время ежедневно, 3-4 раза въ день. Больной нѣсколько разъ принималъ слабительное, но на низъ все-таки не было.

Больной плохого питанія. Pulmones эмфизематозны, въ обонихъ легкихъ каверны. Пульсъ частый, средняго наполненія. Животъ вздутый, сильно напряженный, болѣзненный, особенно на

уровнѣ пупка. Въ области соесі частичное вздутіе живота, такъ что даже обрисовываются контуры кишки.

16/IV.— Послѣ клизмы (2) стулъ былъ скудный, окрашенный кровью. Одинъ разъ была рвота зеленою. Животъ вздутъ по прежнему.

Больному сдѣлана операція чревосѣченія. При разрѣзѣ брюшины serosa кишекъ оказалась сильно гиперемированной, мѣстами на ней фибринозный налетъ, въ полости живота жидкость. Въ ileum найдено внѣдреніе одного отрѣзка кишки въ другой— снт. 6. Кромѣ того, часть кишки гангреницирована, вслѣдствіе чего резецировано около $\frac{1}{2}$ арш. кишки. Концы кишки сшиты. Состояніе больного тяжелое. Умеръ.

Прижизненный діагнозъ: Invaginatio intestini. Peritonitis septica.

Посмертный діагнозъ: Operatio invaginationis ilei. Peritonitis fibrinosa haemorrhagica et tuberculosa miliaris. Pneumonia et peribronchitis interstitialis tbc. Enteritis ulcer. tbc. Emphysema pulm. Arteriosclerosis. Ectasia aortae. Lues inveterata.

Нѣкоторыя данныя вскрытія:

Тонкія кишки значительно раздуты на всемъ протяженіи вплоть до мѣста операціи, которое находится на разстояніи 44 снт. отъ соесі. Serosa ихъ темнокрасная, мѣстами чернокрасная, ниже мѣста операціи гиперемирована менѣе. Сращеніе кишекъ на мѣстѣ операціи, также какъ и въ брыжжейкѣ, повидимому, полное. Желудокъ сильно раздутъ, содержитъ массу жидкой пищевой смѣси. Слизистая jejuni болѣе или менѣе сильно пропитана кровью, съ многочисленными поперечными язвами, дно которыхъ также пропитано кровью, съ замѣтными милиарными бугорками. Такія же бугорковья язвы въ соесум и въ верхней части colonis ascendens...

Случай этотъ мной приведенъ, какъ представляющій интересъ съ этиологической точки зрѣнія.

Изъ патолого-анатомической картины явствуетъ, что образованіе внѣдренія кишекъ здѣсь всецѣло обязано язвенному пораженію туберкулезомъ почти всего кишечника. И на самомъ дѣлѣ, съ одной стороны, содержимое кишекъ постоянно раздражало изъязвленную поверхность и этимъ самымъ вызывало усиленіе кишечной перистальтики, съ другой же, послѣднему благоприятствовала и повышенная раздражимость брюшины, усѣянной милиарными бугорками.

Что касается дифференціальной діагностики, то въ этомъ отношеніи мы безсильны сказать что-нибудь опредѣленное, вслѣдствіе запоздалаго поступленія больного и отсутствія въ первые 2—3 дня клинической картины этого заболѣванія. Наступившій уже параличъ кишечника ни съ какой стороны не могъ намъ освѣтить характера данной кишечной непроходимости, кромѣ, развѣ, указанія на появившійся уже перитонитъ.

Только что упомянутыми причинами, а равно и характеромъ данной инфекціи кишечника, опредѣляется и отрицательный результатъ хирургическаго вмѣшательства. Между тѣмъ, то обстоятельство, что „сращеніе кишекъ на мѣстѣ операціи, а также и въ брыжжейкѣ, повидимому, полное“... ясно говоритъ, какъ безукоризненно была произведена операція даже въ такомъ запущенномъ случаѣ, какъ настоящій.

4). Больной 28 л., хлѣбопекъ, поступилъ 24/XI-1906 г. и умеръ въ тотъ же день, спустя 8 ч., послѣ немедленно произведенной операціи по поводу предполагавшагося у него аппендицита.

Во время лапаротоміи выяснилась истинная причина кишечной непроходимости. Оказалось, что тонкая кишка внѣдрилась въ тонкую же на протяженіи почти $\frac{1}{2}$ арш. Внѣдрившаяся часть кишки уже омертвѣла. Сдѣлана резекція кишки, при чемъ оба конца ея шиты въ рану. Въ полости брюшины геморрагическая жидкость и конгломератъ кишекъ, спаянныхъ между собой.

Прижизненный діагнозъ: Intussusceptio intest. ilei. Gangraena int. ilei.

Посмертный: Peritonitis ac. sept. Defectus partis int. ilei p. resectionem ejus.

Случай, какъ видно изъ вышензложеннаго, также запущенный и не представляющій никакого интереса въ клиническомъ теченіи.

Итакъ, всѣ вышеприведенныя 4 (изъ общаго числа 11) внѣдренія кишекъ, подвергшіяся операціи, окончились смертью, т. е., говоря другими словами, % смертности при хирургическомъ вмѣшательствѣ равенъ 100. Число прямо поражающее и, на первый взглядъ, могущее отбить всякую охоту оперировать при инвагинаціи кишекъ.

Мнѣ думается, что причины столь печальныхъ результатовъ во всѣхъ нашихъ оперированныхъ случаяхъ были

разобраны мной въ достаточной степени. Онѣ сводятся, главнымъ образомъ, во-1-хъ, къ слишкомъ позднему поступленію больныхъ съ явлениями уже полной картины развившагося перитонита, включительно до гангренозной и септической его формы; во-2-хъ, къ образованію инвагинацій на счетъ кишекъ, уже пораженныхъ злокачественными новообразованиями, какъ, напр., саркомой, туберкулезомъ, и, въ-3-хъ, къ комбинаціямъ вѣдреній кишекъ съ другими формами кишечной непроходимости, какъ, напр., *volvulus*'ами.

Wilms приводитъ результаты операцій при вѣдреніяхъ кишекъ, собранные за послѣднее время Gibson'омъ. Послѣдній въ своей статистикѣ указываетъ, что изъ 149 оперированныхъ инвагинацій было 48½% выздоровленій.

Эта же статистика удостовѣряетъ тотъ несомнѣнный фактъ, что рѣшающимъ моментомъ для благоприятнаго исхода операціи служитъ время, въ какое была предпринята таковая послѣ начала болѣзни. Такъ, инвагинаціи, оперированныя въ первый или второй день послѣ ихъ возникновенія, давали 59% выздоровленія, на третій—38%, послѣ 3-го до 6-го дня—28%, послѣ 6 дня уже 0%.

Наконецъ, то обстоятельство, приводимое Gibson'омъ, что на второй день послѣ образованія вѣдренія кишекъ послѣднее не могло быть расправлено въ 14 случаяхъ на сто, а на четвертый день число это уже возросло до 57%,—говоритъ съ достаточной убѣдительною, какъ нужно спѣшить съ операціей и насколько благоприятный исходъ ея находится въ зависимости отъ этого.

Если мы теперь взглянемъ съ вышеуказанныхъ точекъ зрѣнія на приведенные нами случаи инвагинацій кишекъ то мы еще лишній разъ подтвердимъ непреложность этихъ заключеній.

Что касается вообще методовъ операцій при инвагинаціяхъ кишекъ, то здѣсь, конечно, нужно считаться съ каждымъ случаемъ въ отдѣльности.

На первомъ мѣстѣ стоитъ дезинвагинація кишки, которая, обычно, удается, какъ мы уже говорили объ этомъ, при рано производимыхъ лапаротоміяхъ.

Въ случаяхъ инвагинацій толстыхъ кишекъ, послѣднія

нужно фиксировать къ стѣнкамъ брюшной полости для предупрежденія возможныхъ рецидивовъ.

Допустимъ, что намъ не удалось дезинвагинировать кишку. При такомъ положеніи вещей самымъ лучшимъ методомъ нужно считать резекцію кишки. Насколько таковая является благопріятной по своимъ результатамъ, можно судить по статистикѣ Weiss'a, согласно которой на долю взрослыхъ больныхъ приходится 72% выздоровленій, на дѣтскій возрастъ до совершеннолѣтія—57% и на грудныхъ дѣтей—42,5%.

Относительно наложенія кишечной фистулы выше мѣста инвагинальной опухоли и образованія энтероанастомоза, съ выключеніемъ инвагинированнаго участка кишечника, можно говорить какъ о палліативныхъ операціяхъ, такъ какъ при нихъ инвагинальная опухоль остается по прежнему въ брюшной полости и въ каждый моментъ можетъ вызвать зараженіе брюшины. Тѣмъ не менѣе, въ тяжелыхъ случаяхъ вѣдреній кишекъ, гдѣ резекція ихъ не можетъ быть перенесена больнымъ, а между тѣмъ путемъ опорожненія кишечника можетъ быть доставлено облегченіе страданій и этимъ самымъ улучшены шансы на производство, спустя нѣкоторое время, той же резекціи кишки,—означенныя операціи имѣютъ показаніе.

Наконецъ, о вшиваніи въ брюшную рану концовъ кишки послѣ резекціи ея, что мы и видѣли въ одномъ изъ нашихъ случаевъ, и о дальнѣйшемъ закрытіи образованнаго, такимъ образомъ, *anus praeternaturalis* намъ остается также сказать, что такая операція можетъ быть вызвана только тяжелымъ состояніемъ больного.

Перехожу теперь къ разбору второй группы инвагинацій—неоперированныхъ. Ихъ имѣется у меня 7 случаевъ, изъ которыхъ 5 окончились смертью и 2 выздоровленіемъ. Сперва я коснусь случаевъ, окончившихся смертью.

1). Больной 34 л., столяръ, поступилъ 16/ви-1904 г. съ жалобами на схваткообразныя боли въ животѣ. Боленъ около 2-хъ мѣс.

Больной плохого питанія. Въ полости живота, по ходу *colon transversum*, прощупывается плотная, гладкая опухоль. Подвижность опухоли соотвѣтствуетъ подвижности *colonis transv.* Въ животѣ сильное урчаніе и чрезвычайныя схваткообразныя боли. Стулъ частый, жидкій.

- 17/vii.—Боли сильные, стула не было.
 18.—Послѣ клизмы былъ стулъ 1 разъ.
 19.—Опухоль исчезла. Животъ очень вялъ, втянутъ. Сильное урчаніе. Стулъ 2 раза, жидкій.
 20-22.—*Idem*.
 23.—Былъ сильный приступъ болей, и въ это время стала прощупываться опухоль въ прежнемъ видѣ.
 24.—Поперечная часть толстой кишки сокращается, болѣзненна.
 25.—Животъ въ верхней и нижней части втянутъ, средняя, соотвѣтственно ходу *colon. transv.*, выпячена, съ перетяжками. Выпяченная часть образуетъ какъ бы колбасовидную опухоль. Ни *coecum*, ни нижняя часть *flex. sigmoid.* не прощупывается. Звукъ надъ опухолью тупой, выше и ниже тимпаничный. Послѣ раздуванія прямой кишки звукъ становится тимпаничнымъ и надъ сокращенной частью *col. transv.* Вышло много вонючихъ газовъ. Испражнений нѣтъ двое сутокъ. По словамъ больного, онъ и раньше страдалъ упорными запорами, но болей не бывало.
 26-29.—Правое подреберье втянуто, лѣвое же и *fossa iliaca sin.* выпячены. Звукъ надъ выпяченной частью тупой. Боли въ животѣ. Масляная клизма осталась почти безъ результата. Ночью вприскивали атропинъ, морфій. Послѣ раздуванія вышло много газовъ и жидкихъ каловыхъ массъ, сокращенная часть кишки уже слышится урчаніе.
 30.—Послѣ клизмы слабило обильно. Сокращенная часть кишки въ прежнемъ видѣ.
 31.—Испражнения произвольныя, много разъ (10).
 1/ix.—Слабило 4 раза.
 2.—Утромъ опухоль приняла рѣзко ограниченную форму *colon. transv. et descend.* Съ отходомъ газовъ послѣ раздуванія, опухоль исчезла совершенно.
 3.—Вновь появилась сокращенная часть *colonis* въ видѣ *tumor'a*. Послѣ раздуванія *tumor* не разрѣшился. Черезъ 5 мин. другое раздуваніе, послѣ котораго вышли газы, и *tumor* исчезъ. Замѣчено, что нужно раздувать сильнѣе.
 4-7.—Стуль жидкій, по 2-3 раза.
 8.—Иногда кажется, что опухоль при массажированіи исчезаетъ постепенно подъ пальцами, при чемъ боль, бывшая до этого, также пропадаетъ.
 9-12.—Боли продолжаютъ. Стуль 2-3 раза, жидкій.
 13-14.—Боли меньше, особенно облегчаютъ ванна и клизмы.
 15-24.—Боли по временамъ ожесточаются, стуль обычно жидкій.
 25.—Сдѣлано раздуваніе кишечника черезъ зондъ. Воздухъ постепенно наполнилъ и *col. transv.*, послѣ чего опухоль исчезла, и боли прекратились.
 26.—Послѣ раздуванія, около 4-хъ часовъ спокойнаго сна,

затѣмъ появились сильныя боли. Впрыснуть подъ кожу *Sol. Atropini et Morphii*. Снова сдѣлано раздуваніе, уменьшившее нѣсколько боли. При этомъ былъ замѣченъ спазмъ и нисходящей части ободочной кишки.

27-28.—*Idem*.

29-30. Изслѣдованіе *per rectum* не даетъ возможности прощупать что-либо.

1/x.—Утромъ наблюдается сокращеніе стѣнокъ *S-romani*, нисходящей и поперечной части ободочной кишки. Въ испражненіяхъ появилась кровь со слизью, чего раньше не замѣчалось. Въ остальномъ безъ переменъ.

2.—Стуль разъ 6, жидкій, бѣлесоватый, крови не замѣтно. Слизь и гнойные шарики.

3-4.—*Status idem*. Въ испражненіяхъ: слизь, кровь и гнойные шарики.

5-6.—Пульсъ 88, средній. Животъ вздутъ довольно равномерно и болѣзненъ всюду, кромѣ *epigastrium*. Стуль много разъ, понемногу, со слизью и кровью.

7.—П. 88, слабый. Больной сильно ослабъ и осунулся за эти сутки. Схватокъ въ животѣ не чувствуетъ. Животъ вздутъ, всюду болѣзненъ, прощупывается нѣсколько сокращенная *S-rom.* Стуль часто, понемногу, жидко, подъ себя, при чемъ состоитъ изъ слизи съ кровью.

8.—Умеръ.

Всего въ больницѣ пробылъ 54 дн.

Прижизненный діагнозъ: *Colitis ulcerosa chr. Enterospasmus*.

Посмертный: *Invaginatio intest. coeci et col. ascendentis in col. transversum. Gangraena coeci, perityphlitis adhaes. chr. Peritonitis ac. Ulcera colonis*.

Нѣкоторыя патолого-анатомическія данныя:

Желудокъ и тонкія кишки вздуты. Желудокъ находится въ лѣвой верхней половинѣ живота, а тонкія кишки въ правой. *Coecum et colon ascend.* на мѣстѣ не замѣчаются. Слѣва, въ *hypochondr. sacroiliaca*, находится опухоль, представляющая изъ себя инвагинированныя толстыя кишки съ переходящей въ нее конечной частью *ilei*. При вскрытіи послойно инвагинальной опухоли оказались *coecum* и часть *col. ascendentis*. Между *ileum* и толстой кишкой плотныя соединительно-тканныя сращения. *Appendix* безъ особыхъ измѣненій...

Исторія болѣзни даннаго виѣдренія кишекъ представлена мной въ болѣе подробномъ изложеніи, въ виду особаго интереса ея.

Передъ нами случай хронической инвагинаціи, длившейся всего около 4-хъ мѣс., включая сюда и время, въ теченіе котораго больной находился дома.

На основаніи одной только длительности теченія данной инвагинаціи мы уже имѣемъ нѣкоторое право заключить, что разбираемое внѣдреніе должно быть отнесено къ толстымъ кишкамъ, гдѣ, благодаря болѣе широкому просвѣту послѣднихъ, *intussusceptum*, обычно, проходитъ. Высказанное соображеніе подтверждается и статистикой Weiss'a, по которой на долю инвагинацій тонкихъ кишекъ приходится всего только 6% съ хроническимъ теченіемъ.

Что касается начала заболѣванія въ нашемъ случаѣ, то оно также не носило остраго характера, а ему предшествовали задолго нарушенія вообще кишечной дѣятельности. Это свидѣлствуется анамнестическими данными, гдѣ говорится, что больной обратился къ больничной помощи только послѣ 2-хъ-мѣсячнаго своего недомоганія.

Со стороны клиническаго теченія разбираемой нами инвагинаціи слѣдуетъ прежде всего отмѣтить, что она сопровождалась по временамъ явленіями полной кишечной непроходимости, въ общемъ же представляла картину хроническаго стуженія кишекъ съ нѣкоторыми особенностями, которыя и отличали ее отъ послѣдняго. Въ этомъ смыслѣ мы и будемъ вести наши дальнѣйшія разсужденія.

Объективныя данныя нашего случая сводятся, главнымъ образомъ, къ прощупываемой въ брюшной полости по ходу *colon. transv.* опухоли, которая по временамъ исчезала и не прощупывалась. Время исчезанія этой опухоли, обычно, совпадало съ отходомъ газовъ изъ кишечника.

Эта періодичность то появленія, то исчезанія опухоли привела лечившихъ больного врачей къ убѣжденію, что въ данномъ случаѣ имѣются „спазматическія сокращенія кишечника и отсутствіе опухоли“. Это ошибочное заключеніе и послужило причиной односторонней терапіи и гибели больного, о чемъ мы будемъ еще говорить впослѣдствіи.

Уже характеръ болей въ животѣ даетъ намъ нѣкоторыя основанія для того, чтобы притти къ совершенно противо-

положному заключенію, именно, къ наличности инвагинальной опухоли въ области толстыхъ кишекъ.

И на самомъ дѣлѣ, почти ни въ одной изъ формъ кишечной непроходимости мы не имѣемъ такихъ жесточайшихъ припадковъ болей, какъ при инвагинаціяхъ кишекъ. Въ нашемъ же случаѣ боли эти существовали и именуется то „чрезвычайными, схваткообразными“, то „жестокими и сильными“, то „не дающими спать“ и т. д.

Такая большая интенсивность означенныхъ болей вполне опредѣляется анатомическимъ процессомъ инвагинаціи, гдѣ имѣетъ мѣсто, прежде всего, ущемленіе брыжжейки, богатой, какъ извѣстно, чувствительными нервами.

Сдавленіе или, лучше сказать, ущемленіе брыжжейки, въ зависимости отъ мѣста нахожденія инвагинальной опухоли, можетъ быть выражено въ большей или меньшей степени. Такъ, напр., въ тонкихъ кишкахъ ущемленіе брыжжейки бываетъ, обычно, болѣе интенсивнымъ, чѣмъ въ толстыхъ кишкахъ, гдѣ благоприятнымъ моментомъ является болѣе широкій просвѣтъ ихъ. Помимо этого, ущемленіе брыжжейки можетъ по временамъ увеличиваться при повышенной перистальтикѣ и скопленіи кишечнаго содержимаго и газовъ надъ мѣстомъ внѣдренія кишекъ. Такимъ образомъ, боли при инвагинаціяхъ кишекъ являются, обычно, постоянными и, въ отвѣтствіи съ увеличеніемъ ущемленія брыжжейки, могутъ усиливаться до формы „жесточайшихъ, нестерпимыхъ, схваткообразныхъ болей“.

Если мы теперь припомнимъ характеръ болей при кишечныхъ стенозахъ, гдѣ онѣ являются непостоянными, то одно уже это обстоятельство даетъ намъ нѣкоторый плюсъ видѣть въ нашемъ заболѣваніи скорѣе инвагинацію кишки, чѣмъ ея стенозъ.

Далѣе, важнымъ діагностическимъ даннымъ является также тотъ временный эффектъ почти полнаго уничтоженія болей, который получался отъ вдунанія воздуха *per rectum*. Вначалѣ это раздуваніе было примѣнено съ цѣлью выясненія проходимости кишечника въ нижнемъ его участкѣ; дальнѣйшія же вдунанія воздуха, проходяція красной нитью

по всей истории болезни, имели уже характер чисто терапевтической.

Нужно полагать, что при раздувании струя воздуха, попадая въ *intussusceptum* и надавливая равномерно на набухшую стѣнку его, продвигалась выше и этимъ самымъ расправляла и нѣсколько расширяла просвѣтъ инвагинированной части кишки. Какъ только происходило это, сейчасъ же начиналось отхождение газовъ и испражнений, скопившихся надъ инвагинальной опухолью, а затѣмъ являлось и облегчение страданій больного.

Само собой разумѣется, что если бы у насъ имѣлся одинъ изъ видовъ стеноза кишечника, то мы путемъ раздуванія его никакъ не могли бы получить эффекта только что указанного свойства.

Намъ можетъ быть поставленъ еще одинъ вопросъ: не было ли здѣсь самопроизвольнаго всякій разъ расправления инвагинаціи?

Въ этомъ направленіи имѣется нѣсколько случаевъ и между ними случай Friedrich'a, гдѣ *invaginatio ileoscecalis* существовала во время припадковъ болей и расправлялась въ свободное отъ нихъ время. Такого же характера *invaginatio ileoscecalis* приводится и Nothnagel'емъ.

Постоянство болей и вообще вся клиническая картина разбираемаго нами вѣдренія кишекъ совершенно исключаютъ здѣсь подобную возможность.

Ради діагностическихъ цѣлей намъ слѣдуетъ еще сказать о характерѣ стула въ нашемъ случаѣ. Въ виду важности этого вопроса вообще, я позволю себѣ остановиться на немъ нѣсколько подробнѣе.

Уже издавна, какъ говоритъ Wilms, на свойство стула обращалось особенное вниманіе, какъ на одинъ изъ характерныхъ признаковъ инвагинаціи кишекъ, при чемъ его ставили въ тѣсную зависимость отъ характера анатомической причины, лежащей въ каждомъ случаѣ вѣдренія кишекъ. Такъ, напр., если мы возьмемъ остро протекающія инвагинаціи, при которыхъ *intussusceptum*, обычно, сильно сдавлено до полного прекращенія въ немъ кровообращенія, то мы увидимъ въ стулѣ

такого больного слизи и кровь, количество которой можетъ быть очень различнымъ. Если же къ такой инвагинаціи присоединится еще полная непроходимость кишечника, то стулъ можетъ состоять изъ одной только слизи и крови, безъ примѣси непереваренныхъ частичекъ пищи.

Слѣдовательно, при инвагинаціи тонкихъ кишекъ, при которыхъ, обычно, наблюдается болѣе сильное ущемленіе *intussuscepti*, бываютъ и болѣе частыя, и болѣе обильныя кроваво-слизистыя испраженія. По статистикѣ Weiss'a, приблизительно около 80% всѣхъ случаевъ острыхъ вѣдреній кишекъ, главнымъ образомъ, встрѣчающихся у дѣтей на первомъ году жизни, сопровождаются кроваво-слизистымъ стуломъ, а у взрослыхъ, по наблюденіямъ другихъ авторовъ, около 74%.

Что же касается хронически протекающихъ инвагинацій, при которыхъ *intussusceptum* менѣе сдавлено, то мы здѣсь, въ большинствѣ случаевъ, встрѣчаемъ наличность діарреи съ обильной примѣсью слизи, а иногда и крови, въ зависимости отъ язвенныхъ процессовъ въ слизистой инвагинированной части кишечника. Согласно статистикѣ Rafinesque, въ 46 случаяхъ хронической инвагинаціи 16 протекали съ сильной діарреей, въ 11 діаррея перемежалась съ запоромъ, въ 12 преобладалъ запоръ и въ 7 нормальный стулъ. Примѣсь крови къ испраженіямъ была въ 45—50% всѣхъ случаевъ. Такимъ образомъ, мы видимъ, что приблизительно въ $\frac{3}{5}$ всѣхъ вышеозначенныхъ вѣдреній кишекъ наблюдалась діаррея.

Обращаясь теперь къ нашему случаю, мы и здѣсь находимъ соответственныя данныя. Выставленный прижизненный діагнозъ: *Colitis ulcerosa chr.* — сразу подчеркиваетъ то обстоятельство, что явленія со стороны кишечнаго канала были преобладающими среди остальныхъ припадковъ данной хронической инвагинаціи. И дѣйствительно, на протяженіи почти всей болѣзни до 1/x стулъ у нашего больного былъ жидкій, частый, прерывавшійся иногда запоромъ; съ 1/x и до момента смерти стулъ едѣлся еще чаще и принялъ свойства кроваво-слизистаго, съ примѣсью гнойныхъ шариковъ.

Далѣе, съ тѣми или другими нарушеніями вообще ки-

печной дѣятельности неразрывно связана большая или меньшая степень вздутости живота. Тамъ, гдѣ имѣется острая форма инвагинаціи съ полной кишечной непроходимостью, будетъ наблюдаться и сильный метеоризмъ; въ случаяхъ же хронической инвагинаціи сильное вздутіе живота не имѣетъ мѣста и можетъ появиться только тогда, когда хроническая инвагинація осложнится временной полной закупоркой кишечника.

При хроническомъ вѣдреніи кишекъ *Rafinesque* нашель въ своихъ случаяхъ только 2 раза сильный метеоризмъ, который онъ относитъ на развившееся уже воспаление брюшины.

Нашъ случай и въ этомъ отношеніи служитъ полнымъ подтвержденіемъ вышеизложеннаго.

И на самомъ дѣлѣ, мы видимъ то втянутый и опавшій животъ, то втянутый въ верхней и нижней части, а въ средней выпяченный по ходу *col. transv.*, то втянутый въ области праваго подреберья и выпяченный въ области лѣваго и, наконецъ, послѣ появленія кроваво-слизистаго стула съ примѣсью гнойныхъ шариковъ, мы видимъ уже вздутый животъ, всюду болѣзненный, — признаки несомнѣнно наступившаго уже *peritonit'a*.

Здѣсь кстати будетъ сказать, что вышеупомянутое западеніе праваго подреберья можетъ быть принято за *Dancesches symptom*, отмѣчаемый *Wilms'омъ* и принимаемый какъ уплощеніе *ileoecal'ной* области, происходящее на счетъ вхожденія при *ileoecal'ныхъ* вѣдреніяхъ кишекъ нижняго отрѣзка *ilei*, *coecum* и *colon ascendens* въ *col. transversum*, и послѣдовательнаго перемѣщенія ихъ. *Wilms* ни разу не находилъ симптомъ *Dance* отмѣчаемымъ въ клиническомъ теченіи инвагинацій.

Подтвержденіемъ возможности этого признака могутъ служить и данныя вскрытія нашего случая, гдѣ *coecum et colon ascend.* не найдены на мѣстѣ.

Относительно терапіи разбираемой инвагинаціи нами уже вкратцѣ упоминалось, что, въ зависимости отъ неправильнаго толкованія даннаго заболѣванія, леченіе его было

одностороннимъ, въ результатѣ чего случай этотъ и окончился смертью.

Достойны удивленія настойчивость и нежеланіе пострѣть на этотъ случай иными глазами, тѣмъ болѣе, что теченіе болѣзни каждый день наталкивало на это. Была исчерпана вся внутренняя терапія, дававшая иногда только временное облегченіе, но объ умѣстности и необходимости операціи не возникало даже и мысли. Между тѣмъ, операція здѣсь всецѣло была показана и, благодаря только ей, случай этотъ могъ бы окончиться выздоровленіемъ.

Наврядъ ли мнѣ слѣдуетъ приводить доказательства правильности нашихъ заключеній, такъ какъ таковыя съ очевидностью явствуютъ изъ вышеприведенной исторіи болѣзни.

Относительно остальныхъ 4-хъ неоперированныхъ инвагинацій, окончившихся смертью, я ограничусь только краткимъ упоминаніемъ о томъ, что ни одна изъ нихъ не была правильно діагносцирована при жизни.

Прижизненный діагнозъ перваго случая: *Perityphlitis*.

Посмертный: *Invaginatio intestini ilei in colon. ascendens. cum ruptura col. ascend.*

Прижизненный діагнозъ 2-го случая: *Typhus abdom. Colitis dysenterica*.

Посмертный діагнозъ: *Invaginatio ileocecalis*.

Прижизненный діагнозъ 3-го случая: *Volvulus. Fibromyoma uteri*.

Посмертный діагнозъ: *Invaginatio ilei in ileo*.

Прижизненный діагнозъ 4-го случая: *Peus. Peritonitis sept.*

Посмертный: *Invaginatio partis intest. ilei in ileum*.

Вышеозначенные первые два случая попали въ больницу спустя 2 недѣли послѣ начала болѣзни, при чемъ состояніе больныхъ было настолько тяжелое, что рассчитывать на успѣхъ отъ операціи не представлялось возможнымъ. Въ остальныхъ же двухъ случаяхъ, попавшихъ въ больницу на 1-й и 3-й день, были полныя показанія къ операціямъ, но таковыя все-таки не были произведены.

Вышеизложенныя данныя важны въ томъ отношеніи, что онѣ также отчасти выясняютъ намъ причины той высокой

смертности, 100 %, которая наблюдалась при нашихъ операцияхъ въѣдреній кишекъ.

Перехожу теперь къ описанію двухъ также неоперированныхъ инвагинацій, но окончившихся выздоровленіемъ.

Первую исторію болѣзни я приведу болѣе подробно.

Больной 18 л. отъ роду, кузнецъ, поступилъ 28/xii-1907 г. съ жалобами на боли въ животѣ, рвоты, задержку стула и газовъ. Больной поднималъ большія тяжести, до 8 пудовъ.

Питаніе удовлетворительное. Животъ напряженъ въ нижней своей части и рѣзко болѣзненъ. *Per rectum* плотный инфильтратъ сзади и справа.

29/xii.—Боли въ животѣ, стулъ частый, жидкій, со слизью.

30-31.—Иногда появляются перистальтическія движенія и схваткообразныя боли. Стула не было, газы не отходятъ. *Sphincter ani* разслабленъ, *ampula* пуста, вверху прощупываются напряженныя петли кишекъ. Дѣлаются впрыскиванія подъ кожу *Sol. Atropini sulf.*, ежедневно по шприцу. Послѣ клизмы обильный жидкій стулъ. Боли продолжаютъ.

1-2/i-1908 г.—Схваткообразныя боли. Стулъ послѣ масляной клизмы.

3-5.—Болей нѣтъ, газы отходятъ.

6.—Стулъ былъ, вышло большое колич. слизи.

7.—Газы не отходятъ, стула не было, животъ вздутъ.

8.—Стулъ былъ, газы отходятъ немного. Выдѣлилось много слизи.

9-11.—Боли и вздутіе кишекъ слѣва въ паховой области. Газы отходятъ, стулъ былъ, выдѣляется много слизи. *Per rectum* прощупывается довольно низко какъ бы инфильтратъ, плотный, больше распространенный влѣво.

12.—Стулъ 1 разъ, сформированный.

13.—Болей въ животѣ нѣтъ. Прощупываемое въ видѣ инфильтрата *per rectum* тѣло значительно уменьшилось въ размѣрахъ.

14-22.—Стула не было, самочувствіе больного удовлетвор.

24/i-12/ii.—Стулъ черезъ день, нормальной консистенціи; больной поправляется.

13-17.—Стулъ жидкій, до 3-5 разъ въ день, самочувствіе хорошее.

18.—Стулъ 1 разъ.

19.—Выписывается здоровымъ.

Т° съ 28/xii-10/i держалась повышенной, между 37-38°, а съ 10/i-19/ii была все время нормальной. Больной пробылъ въ больницѣ 55 дней.

Діагнозъ: *Invaginatio flexurae sigmoid.*

Приведенная исторія болѣзни представляетъ случай хроническаго въѣдренія кишекъ. Причиной его образованія нужно принять, повидимому, подниманіе больнымъ большихъ тяжестей.

Что касается клинической его картины, то послѣдняя сопровождалась по временамъ явленіями полной кишечной непроходимости. Вздутіе живота, напряженность его покрововъ и болѣзненность имѣли мѣсто до 12/i, когда, повидимому, наступило разрѣшеніе инвагинаціи, т. е. въ теченіе 20 дней со дня заболѣванія. Постоянныя боли въ животѣ, по временамъ сильно обострившіяся и переходившія въ схваткообразныя, затѣмъ, свойства стула, который всегда сопровождался обильнымъ отдѣленіемъ слизи, и, наконецъ, прощупываемый *per rectum* инфильтратъ и напряженіе кишекъ,—все это дѣлаетъ настоящій случай въ діагностическомъ отношеніи довольно опредѣленнымъ.

Здѣсь слѣдуетъ подчеркнуть еще ту особенность, что *sphincter ani* разслабленъ, *ampula* пуста. Само по себѣ такое состояніе задняго прохода не можетъ имѣть рѣшающаго значенія въ вопросѣ объ инвагинаціяхъ кишекъ, такъ какъ оно встрѣчается и при другихъ болѣзняхъ, какъ, напр., при дизентеріи, при раковыхъ пораженіяхъ *recti* и т. п. Тѣмъ не менѣе, оно, при извѣстныхъ условіяхъ, служитъ нѣкоторымъ указаніемъ на наличность въѣдренія кишекъ, особенно у дѣтей, у которыхъ, какъ говоритъ Wilms, легко можно исключить указанныя заболѣванія.

Нѣсколько мы остановимся еще на т° при инвагинаціи кишекъ.

Среди приведенныхъ мною 11 исторій болѣзни, въ одной изъ нихъ мы имѣли повышенную т° за недѣлю передъ смертію и въ другой, сейчасъ разбираемой, въ теченіе двухъ первыхъ недѣль. Такимъ образомъ, мы можемъ сказать, что т° при въѣдреніяхъ кишекъ въ большинствѣ случаевъ нормальна, а потому и не представляетъ ничего характернаго для подобнаго рода заболѣваній. Если же и наблюдается повышенная т°, то она должна быть отнесена или къ сильно запущеннымъ случаямъ въѣдренія кишекъ, когда имѣются явленія уже явленія *peritonit'a*, или же къ такого рода инва-

гинаціямъ, которыя случайно могли сопровождаться какими-либо осложненіями.

Этимъ и исчерпываются всѣ особенности подлежащей инвагинаціи кишекъ.

Теперь я коснусь нѣсколько терапіи этого случая, приведшей больного къ выздоровленію.

Послѣдняя заключалась, главнымъ образомъ, въ предоставленіи больному полного покоя и соблюденіи строгой діеты, затѣмъ, дачѣ внутрь опія, впрыскиваніи подъ кожу атропина и постоянномъ примѣненіи простыхъ и масляныхъ клизмъ. Если мы къ этому присоединимъ еще вдуваніе воздуха *per anum*, массажъ и ванны, о чемъ нами уже раньше упоминалось, то этимъ и будетъ исчерпано все внутреннее леченіе инвагинаціи.

Въ разбираемомъ случаѣ мы видѣли благотворное дѣйствіе означенныхъ мѣръ и средствъ, благодаря которымъ появлявшаяся нѣсколько разъ непроходимость кишечника разрѣшалась обильнымъ частымъ стуломъ, боли въ животѣ уменьшались и переставали быть схваткообразными, самочувствіе больного улучшалось и т. д. Наконецъ, къ 20-му дню съ начала заболѣванія боли въ животѣ совершенно прошли, опухоль почти исчезла, стулъ сдѣлался сформированнымъ, словомъ, наступила самопроизвольная дезинвагинація кишки.

Судя по вышеизложенному теченію болѣзни за означенный промежутокъ времени, съ самаго начала можно было надѣяться на благопріятный ея исходъ и безъ хирургическаго вмѣшательства; тѣмъ не менѣе, нужно было быть всегда готовымъ прибѣгнуть къ послѣднему, если бы картина болѣзни измѣнилась къ худшему.

Само собой разумѣется, что такое выжиданіе допустимо только при хроническихъ вѣдреніяхъ кишекъ, гдѣ есть надежда, что *intussusceptum* не воспаленъ и не произошла склейка между собой стѣнокъ инвагинальной опухоли.

Вторая исторія болѣзни представляетъ намъ форму остро протекшей инвагинаціи. Она относится къ чернорабочему, 41 г. отъ роду, поступившему 17/4—1903 г. и выписавшемуся здоровымъ черезъ 3 дня.

Въ эпикризѣ этого случая сказано:

Поступилъ черезъ 6 час. послѣ начала заболѣванія съ явленіями непроходимости кишекъ, въ зависимости, по всему вѣроятію, отъ вѣдренія тонкихъ кишекъ въ толстыя. Подъ вліяніемъ *Atropini sulf. et Ol. Provinciale* проходимость возстановилась черезъ 12 ч. отъ начала заболѣванія. Всѣ явленія исчезли, съ испраженіями выходили кусочки слизи.

И здѣсь, какъ мы видимъ, отъ примѣненія внутренней терапіи получился благопріятный исходъ острой формы инвагинаціи. Слѣдовательно, такое леченіе при острыхъ вѣдреніяхъ кишекъ вполне показуемо въ тѣхъ случаяхъ, когда прошло съ начала заболѣванія слишкомъ короткое время и нѣтъ никакихъ угрожающихъ признаковъ, какъ, напр., кроваво-слизистыхъ выдѣленій. При наличности же послѣднихъ, всякое промедленіе съ операціей непозволительно, такъ какъ можно быть увѣреннымъ, что дальнѣйшее примѣненіе безкровной терапіи принесетъ больному одинъ лишь вредъ и можетъ послужить благопріятнымъ моментомъ для наступленія *peritonit'a*.

Что касается вопроса, какъ часто подъ вліяніемъ одной лишь внутренней терапіи наблюдались случаи выздоровленій при вѣдреніяхъ кишекъ, то, по даннымъ *Widerhofer'a*, *Leichtenstern'a* и *Silz'a*, % такого выздоровленія равенъ 33. Въ отношеніи же къ приведеннымъ нами случаямъ инвагинаціи число это опредѣляется только въ 18%.

ГЛАВА V.

Странгуляціонный ileus.

Переходимъ теперь къ разбору 2-го большого отдѣла механической кишечной непроходимости, къ странгуляціонному ileus'у—*Peus strangulationis s. propter strangulationem.*

Одно уже такое названіе кишечной непроходимости предопредѣляетъ, какіе виды ея должны быть сюда отнесены.

Strangulatio—перетягиваніе, ущемленіе; *Strang*—веревка, тяжъ. Слѣдовательно, подъ выраженіемъ *strangulatio intestinum* мы должны понимать такую кишечную непроходимость, которая вызывается перетягиваніемъ или ущемленіемъ того или другого участка кишечника съ соотвѣтственной ему брыжжейкой какими-либо тяжами, перемычками, щелями, кольцами или, наконецъ, образованіями узловъ самими же кишечными петлями.

Имѣя въ виду при дальнѣйшемъ погруппномъ описаніи странгуляціоннаго ileus'a всякій разъ говорить о механизмѣ той или иной странгуляціи, здѣсь мы постараемся изложить только общіе принципы этого механизма.

Послѣдніе являются по стольку важными, по скольку однородность механизма странгуляціи можетъ заранѣе опредѣлять характеръ какъ патолого-анатомической, такъ и клинической картины даннаго ущемленія. Въ этомъ смыслѣ крайне важно знать, напр., одинаковой ли силы будетъ ущемленіе кишки съ ея брыжжейкой короткими или длинными, узкими или широкими перетяжками, маленькими щелями и дырами или большими и, наконецъ, образованіями кишечныхъ узловъ и т. д.

Казалось бы, что чѣмъ короче и тоньше тяжъ, чѣмъ уже щель или дыра, тѣмъ сильнѣе должно быть и ущемленіе

кишки, и обратно, чѣмъ длиннѣе и шире тяжъ, чѣмъ больше отверстіе, тѣмъ слабѣе должна быть странгуляція. Однако, изученіе механизма страгуляціи, находимое нами у Wilms'a, показываетъ, что отводящій конецъ ущемленной кишки начинаетъ первое время усиленно перистальтировать и этимъ самымъ, пока еще ущемленіе не достигло большой степени, втягиваетъ все сильнѣе и сильнѣе лежащую выше часть кишечника въ странгуляцію. Когда же ущемленіе кишки достигло такой силы, при которой дальнѣйшая перистальтика начинаетъ все больше и больше ослабѣвать, то въ это время появляется уже вздутіе странгулированной кишечной петли.

Послѣднее обстоятельство, въ свою очередь, служитъ новымъ благоприятнымъ моментомъ, способствующимъ, вслѣдствіе прогрессирующаго расширенія странгулированной кишки, большому и большому втяженію въ странгуляцію новыхъ частей кишечника, пока ущемляющій тяжъ или кольцо не положатъ этому предѣла.

Wilms говоритъ: „интенсивность странгуляціи, несмотря на различную величину колець, должна въ ея конечномъ эффектѣ быть приблизительно одинаковой; вслѣдствіе этого некрозъ кишечной стѣнки въ большинствѣ случаевъ наступаетъ почти въ одно время, т. е. на второй или третій день“.

Какъ только произошло полное ущемленіе части кишечника, съ этого момента весь интересъ дальнѣйшаго теченія странгуляціи и сосредоточивается уже на этой петлѣ, изъятой изъ общей функціи кишки.

Предметомъ дальнѣйшаго разбора исторій болѣзни отчасти и будутъ служить происходящія измѣненія въ странгулированномъ участкѣ кишки. Теперь же не лишне будетъ сказать еще о состояніи приводящаго конца кишечника.

До сихъ поръ, при изложеніи нами формъ обтураціоннаго ileus'a, мы все время наблюдали, что роль приводящаго конца кишки была слишкомъ велика и важна, и ею опредѣлялась почти вся клиническая картина кишечной непроходимости этого рода; словомъ, вся роль приводящаго конца кишки сводилась къ тому, чтобы прогнать все содержимое ея внизъ черезъ суженный или совершенно закрытый про-

свѣтъ того или другого участка кишечника. При странгуляціи же кишки наблюдается совершенно обратное: мы въ большинствѣ случаевъ видимъ здѣсь, что приводящій отрѣзокъ кишки является болѣе или менѣе пустымъ, незначительно вздутымъ, мало перистальтирующимъ или совершенно неперистальтирующимъ.

Конечно, въ такомъ состояніи приводящій конецъ кишки находится только въ первые дни странгуляціи—до появленія перитонита; съ наступленіемъ же послѣдняго и картина мѣняется соотвѣтственно этому.

Не входя пока въ подробности выясненія причинъ, вызывающихъ столь противоположныя состоянія приводящихъ отрѣзковъ кишечника при обтураціонномъ и странгуляціонномъ ileus'ахъ, я коснусь здѣсь только грубыхъ, бросающихся въ глаза, моментовъ, объясняющихъ это различіе.

Какъ мы уже и раньше неоднократно говорили, причиной обтураціоннаго ileus'а являются препятствія, какъ стоящія въ непрерывной связи съ кишечной стѣнкой, такъ и не находящіяся въ такой связи. При странгуляціонномъ же ileus'ѣ, какъ видно изъ всего вышеизложеннаго о немъ, весь центръ тяжести переносится на препятствія особеннаго свойства и происхожденія, а самый видъ уничтоженія кишечнаго просвѣта сводится къ ущемленіямъ кишки съ ея брыжжейкой.

Сравнивая теперь между собой эти препятствія по ихъ роду, по отношенію къ стѣнкѣ кишки и ея брыжжейкѣ и по механизму образованія кишечной непроходимости, мы можемъ, уже а priori, съ увѣренностью высказаться въ томъ смыслѣ, что, во-1-хъ, усиленіе перистальтики приводящаго конца кишки или ея ослабленіе и даже совершенное прекращеніе зависятъ, главнымъ образомъ, отъ степени сдавленія кишечной петли съ ея брыжжейкой, и, во-2-хъ, что наибольшая степень этого сдавленія можетъ создаваться только на счетъ такихъ моментовъ, какіе представляютъ собой перетяжки, щели и узлы.

Относительно патолого-анатомической картины, встрѣчающейся при странгуляціонномъ ileus'ѣ, мною будетъ сказано при разборѣ cadaго отдѣльнаго случая.

Предпославъ эти общія замѣчанія, мы перейдемъ теперь къ разработкѣ подлежащаго матеріала, заключающаго въ себѣ 28 исторій различныхъ странгуляцій кишечника.

Въ это число входятъ: а) 15 странгуляцій вслѣдствіе ущемленія кишекъ ложными связками, какъ то, тяжами, перемычками, перепонками; б) 3 странгуляціи кишекъ вслѣдствіе ущемленія ихъ Meskel'евскими дивертикулами; в) 2 странгуляціи кишечныхъ петель въ отверстіяхъ большого сальника; д) 3 внутреннихъ ущемленныхъ грыжи и, наконецъ, е) 5 кишечныхъ узловъ.

Въ виду того, что всѣ перечисленные виды странгуляціоннаго ileus'а по характеру анамнестическихъ данныхъ, а также и по началу заболѣванія, представляютъ большое сходство между собой, мы находимъ нужнымъ теперь же коснуться этихъ вопросовъ.

Прежде всего мы обратимъ вниманіе на то, что изъ 28 странгуляцій на долю женщинъ приходится 18, а на мужчинъ падаетъ 10, т. е. заболѣванія у женщинъ составляютъ 64% противъ 36% у мужчинъ.

Далѣе, анамнестическія данныя у насъ вообще скудны и имѣются только относительно 11 больныхъ, совершенно отсутствуя въ 17 случаяхъ. Изъ числа же имѣющихся 11 данныхъ 9 относятся къ женщинамъ и сводятся: въ 1-мъ случаѣ къ беременной на 8 мѣс. маткѣ; въ 3-хъ случаяхъ къ послѣродовымъ заболѣваніямъ, изъ которыхъ въ одномъ началу ileus'а совпадаетъ съ моментомъ самыхъ родовъ, въ другомъ—спустя послѣ родовъ 10 дней и въ третьемъ—24 г. т. н. было подобное же заболѣваніе при трудно протекшихъ родахъ; въ 2-хъ исторіяхъ болѣзни есть указанія на произведенныя около 10 л. т. н. гинекологическія операціи; въ одной говорится только о томъ, что лежала на гинекол. отдѣленіи, затѣмъ, въ одной исторіи болѣзни указывается на пупочную грыжу въ теченіе 15 л. и, наконецъ, въ послѣдней—подняла тяжесть въ 2 пуда слишкомъ.

Что касается анамнестическихъ данныхъ 2-хъ случаевъ странгуляцій у мужчинъ, то въ нихъ приводятся указанія, имѣющія, повидимому, близкую связь съ появленіемъ кишеч-

ной непроходимости. Они слѣдующія: 1) заболѣлъ послѣ выправленія паховой ущемленной грыжи и 2) было пулевое раненіе въ области желудка, лѣтъ 25—30 т. н.

Такимъ образомъ, по роду причинъ, создавшихъ странгуляціи въ только что анамнестически опредѣленныхъ нами случаяхъ, большинство ихъ сводится къ послѣдствіямъ раньше бывшаго peritonit'a.

Намъ еще хотѣлось бы обратить вниманіе на то обстоятельство, что въ нѣкоторыхъ изъ нашихъ странгуляцій воспаленіе брюшины относится къ давнопрошедшему времени, а ущемленіе кишекъ наступило только теперь. Отсюда мы дѣлаемъ заключеніе, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ для возникновенія странгуляцій нужны особенно благоприятныя условія. Но, къ сожалѣнію, указаній въ послѣднемъ смыслѣ въ нашихъ исторіяхъ болѣзни почти не имѣется.

Повидимому, причины, вызывающія усиленное передвиженіе кишекъ въ брюшной полости, способствуютъ попаданію послѣднихъ въ щели и перетяжки и послѣдовательному ихъ ущемленію. Къ такимъ моментамъ могутъ быть отнесены нарушенія въ діетѣ, поносы, а также механическіе инсульты, какъ, напр., удары въ животъ, прыжки съ большой высоты и т. п. сотрясенія брюшной полости.

Что касается начала заболѣваній этой формой кишечной непроходимости, то въ громадномъ большинствѣ ихъ наблюдается внезапность наступленія болѣзни. Эта внезапность выражается, главнымъ образомъ, неожиданнымъ появленіемъ сильныхъ болей въ животѣ, а также и рвоты среди казавшагося до того времени полного благополучія больного. Изъ 28 нашихъ странгуляцій въ 12-ти болѣзнь началась внезапно болями въ животѣ и рвотой, въ 7—однѣми болями, въ 6—одной рвотой, въ 2—задержкой стула, къ которой, затѣмъ, спустя 3—4 дня, присоединились сильныя боли въ животѣ и рвота, и въ 1-мъ случ. свѣдѣній не имѣется.

Усматриваемая изъ этихъ данныхъ близкая связь болей въ животѣ со рвотами должна быть объяснена степенью ущемленія брыжжейки. Мы уже неоднократно говорили, что чѣмъ сильнѣе ущемленіе брыжжейки, тѣмъ невыносимѣе становятся и боли въ животѣ, и почти одновременно насту-

паетъ рвота. Но нерѣдко странгуляціи сопровождаются появленіемъ, въ болѣе поздніе періоды, и каловой рвоты. Изъ 28 нашихъ странгуляцій такая рвота упоминается въ 14 скорбныхъ листкахъ. Treves наблюдалъ ее 28 разъ въ 45 случаяхъ своихъ странгуляцій. Подобно ему и Gau имѣлъ ее въ 26 случаяхъ изъ 47—цифра, почти соответствующая нашимъ.

a) Странгуляціи вслѣдствіе ущемленія кишекъ ложными связками, какъ то: тяжами, перемычками, перепонками.

Въ отдѣлѣ обтураціоннаго ileus'a нами было уже сказано о причинахъ появленія ложныхъ связокъ въ брюшной и тазовой полостяхъ, объ ихъ прикрѣпленіяхъ къ органамъ означенныхъ полостей, а также и къ различнымъ мѣстамъ брюшныхъ и тазовыхъ стѣнокъ. Здѣсь же мы коснемся еще и способовъ ущемленія кишекъ упомянутыми связками.

Ущемленіе кишки ложными связками можетъ происходить двоякимъ образомъ: 1) ущемленіе подъ ложными связками и 2) ущемленіе послѣдними, въ видѣ кольца или щели, попавшихъ въ нихъ кишечныхъ петель.

Въ первомъ случаѣ ущемленіе кишки создается двумя моментами: наличиемъ тяжа и какой-либо плотной поверхности, расположенной вблизи него. Слѣдовательно, кишка, попавшая подъ тяжъ, можетъ быть сильно прижатой послѣднимъ къ означенной поверхности и вызвать полную кишечную непроходимость.

Для иллюстраціи сказаннаго я позволю себѣ привести здѣсь нѣсколько примѣровъ:

Laparotomia: „Въ брюшной полости оказалась спайка сальника съ кишечными петлями, слѣпая кишка была сильно раздута, прижатіе кишки сальниковыми перетяжками было въ верхней части восходящей толстой. Coecum вскрыта, выдѣлилось огромное колич. вонючей каловой жидкости“.—Листокъ за 1901 г. № 104.

Laparotomia: „На colon ascend. близъ flex. col. d. замѣчается перетяжка, пропускающая палецъ. На colon descend. близъ flex. col. sin. --2-я перетяжка, не пропускающая мизинца. Изъ растянутой до размѣровъ головы ребенка coecum выпущены черезъ разрѣзъ газъ и вонючее содержимое“.—Листокъ за 1903 г. № 112.

Во второмъ случаѣ ущемленіе кишечныхъ петель проис-

ходить въ щеляхъ и кольцахъ, образованныхъ тяжами, сросшимися между собой. Попавъ въ эти отверстия, кишка не въ состояніи изъ нихъ освободиться и, такимъ образомъ, становится непроходимой для ея содержимаго. Напр.:

Laparotomia: „Отъ тонкой кишки идутъ два соединительно-тканыхъ шнура къ маткѣ—одинъ ко дну ея, а другой къ широкой маточной связкѣ. Между этими шнурами ущемилась тонкая кишка, провалившись въ полость малаго таза“.—Листокъ за 1905 г. № 111.

Аутопсія: „Среди периметритическихъ перемычекъ находится ущемленная петля кишекъ (мѣсто перехода jejunum въ ileum) въ 10 снт. длиною. Петля ущемлена кольцомъ изъ этихъ перемычекъ, снт. $2\frac{1}{2}$ въ диаметрѣ, спереди ущемленія помѣщается матка и правая широкая связка, сзади rectum и часть S-rom., окутанные этими перемычками; ущемленная петля натянула брыжжейку, вокругъ которой сзади слѣва направо проскочили петли кишекъ, лежащая выше ущемленія, и такимъ образомъ произошло перекручиваніе брыжжейки“.—Листокъ за 1895 г. № 117.

Перехожу къ разбору клиническаго теченія одного изъ болѣе типичныхъ нашихъ случаевъ.

Больная 28 л., крестьянка, замужняя, поступила 27/x-1901 г. съ жалобами на вздутіе живота, боли въ немъ и рвоту съ каловымъ запахомъ. Больна 4-й день. 24/x—появились схваткообразныя боли внизу живота и рвота; 25/x—своевременные роды; отъ начала схватокъ до родовъ прошло 26 часовъ. Послѣ родовъ боли усилились, распространились на весь животъ, рвота участилась, появилась икота. Стулъ былъ 24-го числа, правильный, мочеиспусканіе болѣзненно. Въ прошломъ году выкидышъ на 3-мъ мѣс. беременности, послѣ него хворала 2 нед. Лѣтъ 10 т. н. была оперирована по поводу правосторонней кисты, послѣ чего на животѣ остались рубцы. Регулы черезъ 3 нед. Аппетитъ, отправленія желудка и кишечника до послѣдняго заболѣванія были правильны, только по временамъ бывали запоры. Т° 36,5, пульсъ 104, средняго наполненія, правильный.

Животъ вздутъ, но большого напряженія не замѣчается, волнообразный, волны распредѣляются въ поперечномъ направленіи. Наибольшая болѣзненность съ лѣвой стороны. По краямъ живота притупленіе, исчезающее съ обѣихъ сторонъ при соотвѣтственныхъ поворачиваніяхъ на бокъ. Внизу живота, пальца на 4 надъ лобкомъ, перкуторный звукъ притупленъ. Изъ genitalia кровянистыя отдѣленія, скудныя.

28/x.—Т° 36,7. П. 88. Животъ вздутъ по прежнему, перетяжекъ замѣчается меньше, тупой звукъ съ обѣихъ сторонъ доходитъ до уровня на 3 попер. пальца вверхъ отъ линіи, про-

веденной поперечно черезъ spina ilei anter. super. Стула не было, газы не отходятъ. Мочеиспусканіе болѣзненно. Рвота съ вечера разъ 6, съ каловымъ запахомъ. Икота. Матка увеличена, своды пусты, выдѣленія кровянистыя.

29.—Т° 36,7. П. 80. Рвота за ночь 2 раза. Стула нѣтъ, газы не отходятъ. Животъ болитъ меньше.

30.—Т° 37,7. П. 80, достаточнаго наполненія. Рвота за ночь раза 4, темнаго цвѣта, безъ калового запаха. Икота меньше. Боли въ животѣ меньше, стула не было, газы не отходятъ, вздутіе по прежнему. Тупость въ животѣ до уровня spina ilei anter sup. Въ мочѣ цилиндровъ нѣтъ, много кристалловъ солей фосфорнокислой амміакъ-магнезійи и мочекислото аммоніа.

31.—Опять каловая рвота. Боли въ животѣ сильнѣе, вздутіе по прежнему. Общее состояніе хуже. Переводится на хирургич. отдѣленіе.

Животъ значительно вздутъ, на поверхности его замѣчается три перетяжки въ видѣ валиковъ, идущихъ въ поперечномъ направленіи, напрягающихся при болевыхъ схваткахъ, какъ бы во время родовъ. Въ лѣвомъ hypogastrium звукъ притупленный, но проясняющійся при повертываніи больной на правый бокъ. Въ болевыхъ схватокъ животъ представляется довольно мягкимъ и не особенно чувствительнымъ при давленіи. Нижнія границы печени и селезенки не опредѣляются. Область соеі мало болѣзненна, дасть gargouillement, большая болѣзненность замѣчается въ области S-romani. При изслѣдованіи per vaginam своды свободны, мягки.

1/xi.—Операция. Подъ хлороформ. наркозомъ сдѣланъ разрѣзъ отъ пупка до лобка. Брюшина вскрыта, кишки оказались гиперемированы, и въ одномъ отдѣлѣ тонкихъ кишекъ найдена перемычка въ видѣ струны, идущая отъ кишки къ брюшной стѣнкѣ; подъ эту перемычку попала петля кишки и здѣсь ущемилась. На мѣстѣ ущемленія образовалась странгуляціонная борозда, сѣровато-бѣлаго цвѣта, очевидно, омертвѣвающая; по сторонамъ этой борозды кишка зажата двумя мягкими жомами, и затѣмъ этотъ отдѣлъ кишки резецированъ, отрѣзки кишки соединены помощью пуговки Мурфи. На брыжжейку вырѣзаннаго участка кишки наложены швы съ обѣихъ сторонъ. Отдѣлъ кишки съ пуговкой обложенъ тремя тампонами, которые оставлены въ брюшной ранѣ; верхній и нижній углы ея сшиты швами, захватывавшими всю толщу брюшныхъ стѣнокъ съ брюшиной. Наложена обыкновенная повязка.

Рвота продолжается.

2.—Перевязка. Повязка вся пропитана слегка окрашеной въ красноватый цвѣтъ жидкостью изъ брюшной полости. Пульсъ очень слабый, больная лежитъ въ полузабытій.

3.—Умерла.

Въ эпикризѣ сказано, что больная поступила съ явлениями кишечной непроходимости, наступившими тотчасъ послѣ родовъ или же во время родового акта, т. е. 25/х. 1-го ноября сдѣлана лапаротомія, именно резекція тонкой кишки съ помощью пуговки Мурфи; несмотря на это, септический перитонитъ не приостановился, рвота продолжалась, наступилъ коллапсъ, отъ котораго и послѣдовала смерть. При пропускании жидкости черезъ кишку при секци, въ нѣкоторыхъ мѣстахъ она просачивалась на мѣстѣ швовъ, и вблизи найденъ грязный налетъ на кишкѣ; повидимому, швы были наложены не въ здоровыхъ уже тканяхъ.

Прижизненный диагнозъ: Volvulus.

Посмертный: Peritonitis fibrinosa haemorrhagica acuta. Defectus ilei post resectionem ejus et ovarii dextri post ovariectomy. Uterus post partum. Septicaemia.

Данные вскрытія, кромѣ обычной картины септического перитонита, ничего особеннаго не представляютъ, а потому я ихъ и не привожу.

Въ анамнезѣ этой исторіи болѣзни отмѣчается весьма важный моментъ: около 10 л. т. н. сдѣлана была операція овариотоміи по поводу правосторонней кисты. Одно уже это обстоятельство даетъ намъ право видѣть въ подлежащемъ случаѣ кишечной непроходимости странгуляционную ея форму.

Благоприятнымъ моментомъ для возникновенія означенной странгуляціи, у нашей больной служила, повидимому, ея беременность. Поэтому можно думать, что бывшая въ прошломъ году первая беременность, окончившаяся выкидышемъ на 3-мъ мѣс., только вслѣдствіе этого не создала кишечной непроходимости.

На основаніи того же анамнеза можно притти къ заключенію, что въ теченіе уже первыхъ 2-хъ дней здѣсь были налицо признаки воспаления брюшины: первоначальныя схваткообразныя боли внизу живота распространились по всему его протяженію, рвота участилась, появилась икота, а въ послѣдующіе еще 2 дня вздулся животъ, и рвота сдѣлалась каловой.

Остановимся прежде всего въ нашей исторіи болѣзни на характерѣ болей въ животѣ.

Схваткообразный характеръ этихъ болей можетъ быть объясненъ здѣсь различнымъ образомъ. Во-1-хъ, въ началѣ болѣзни онѣ могъ зависѣть отъ родовыхъ сокращеній матки; во-2-хъ, здѣсь можно было допустить наличность слабой странгуляціи небольшого участка тонкой кишки, при которой развивается съ самаго начала картина обтураціоннаго ileus'a, т. е. усиленная перистальтика приводящаго отрѣзка кишки, съ сопровождающими ее схваткообразными болями, и, наконецъ, въ-3-хъ, такого свойства боли могли опредѣляться случаями кишечной непроходимости, стоящими на границѣ между странгуляціей и обтураціей, которые вызываются, по Treves'у, боковымъ не циркулярнымъ ущемленіемъ кишечника съ его брыжейкой. Изъ этихъ 3-хъ предположеній самымъ вѣроятнымъ, по нашему мнѣнію, является второе, т. е. слабая странгуляція небольшого участка тонкой кишки. Это подтверждается и дальнѣйшимъ клиническимъ теченіемъ означеннаго кишечнаго ущемленія.

Вообще же нужно отмѣтить, что случаи схваткообразныхъ болей при странгуляціяхъ кишекъ сравнительно рѣдки. Treves насчитываетъ между своими 50 странгуляціями въ 8 случаяхъ перемежающіяся боли. Среди нашихъ 28 странгуляцій схваткообразный характеръ болей въ теченіе всего заболѣванія отмѣченъ только 4 раза.

Отмѣченная въ разбираемой нами исторіи болѣзни волнообразная поверхность живота, названная въ другомъ мѣстѣ ея „валиками, идущими въ поперечномъ направленіи и напрягающимися при болевыхъ схваткахъ“, въ достаточной степени характеризуетъ состояніе кишечника, именно, приводящаго его отрѣзка. Въ напряженіи валиковъ мы должны видѣть, конечно, сокращающіяся вздутыя петли тонкой кишки, при чемъ появленіе сильныхъ болевыхъ схватокъ указываетъ на болѣе интенсивное натяженіе и ущемленіе брыжейки во время перистальтики соотвѣтственной части кишки.

Что касается высказаннаго мной предположенія, что въ данной странгуляціи была ущемлена именно тонкая кишка, то оно основывается на фактѣ преимущественнаго попаданія въ странгуляцію означеннаго участка кишечника. Дѣйстви-

тельно, провѣривъ въ этомъ направленіи всѣ наши 28 случаевъ странгуляцій, мы видимъ громадное большинство ущемленій тонкихъ кишекъ, именно, 21 при 7 ущемленіяхъ толстыхъ кишекъ.

Мѣсто расположенія въ нашей странгуляціи вздутыхъ петель въ достаточной степени указываетъ намъ, къ какому отдѣлу кишечника ихъ нужно было отнести. Перистальтика приводящаго отрѣзка кишки здѣсь ограничивалась областью только пупка. Отсутствие же въ данномъ случаѣ симптома *v. Wahl'a* — резистенции ущемленной части кишечника, о значеніи которой мы будемъ говорить въ дальнѣйшемъ, указываетъ намъ, что странгулированная петля тонкой кишки была слишкомъ незначительна и располагалась глубоко въ брюшной полости, гдѣ ее трудно было прощупать.

Намъ можетъ быть поставленъ еще одинъ вопросъ: чѣмъ объяснить, что съ момента появленія схваткообразныхъ болей вплоть до операціи, т. е. въ продолженіе 8 слишкомъ дней, наблюдалась перистальтика кишекъ при наличности эксудата въ полости брюшины, тогда какъ при странгуляціяхъ кишекъ перистальтика, обычно, пропадаетъ въ теченіе первыхъ 2—3 дней.

Эта продолжительность перистальтики станетъ вполне понятной, если признать справедливымъ допущенное нами толкованіе, что степень сдавленія кишечной стѣнки съ ея брыжжейкой въ рассматриваемой странгуляціи была невелика, что участокъ странгулированной кишки былъ незначительный и, наконецъ, что воспаленіе брюшины было ограниченнымъ и коснулось, главнымъ образомъ, только ущемленной кишечной петли.

Какъ нами уже выше сказано, при странгуляціяхъ кишекъ, параллельно съ болями въ животѣ, наступаетъ и рвота. Въ разбираемой исторіи болѣзни мы, дѣйствительно, и видимъ, что вмѣстѣ съ болью въ животѣ появилась рвота, которая, спустя 3 дня, сдѣлалась каловой и таковой оставалась во все теченіе странгуляціи.

Останавливаясь на этомъ вопросѣ подробно я здѣсь не

буду, въ виду того, что мной раньше уже неоднократно говорилось объ этомъ. Я считаю нужнымъ отмѣтить только сравнительно раннее наступленіе въ данномъ случаѣ каловой рвоты, которая обычно въ нашихъ странгуляціяхъ наступала на 4-й и 5-й день. Такое раннее наступленіе ее нужно отнести преимущественно на усиленную перистальтику приводящаго отрѣзка кишки.

Далѣе, въ исторіи болѣзни отмѣчается, что стулъ у больной до 24/x, дня ея заболѣванія, былъ правильный. Съ этого же времени и до операціи 1/xi, т. е. въ теченіе 9 дней, не наблюдалось ни стула, ни отхожденія газовъ.

Казалось бы, что при такой продолжительной задержкѣ стула и газовъ вздутіе живота должно было принять большіе размѣры; однако, въ нашемъ случаѣ мы видимъ, что животъ не былъ рѣзко вздутъ, безъ особаго напряженія его стѣнокъ, а внѣ болевыхъ схватокъ онъ былъ даже довольно мягкимъ. Отсюда можно видѣть, что вздутіе живота не является важнымъ признакомъ странгуляцій кишекъ.

При подсчитываніи въ нашихъ 28 странгуляціяхъ случаевъ вздутія живота, у 2-хъ больныхъ оно совершенно отсутствовало, у 3-хъ — животъ былъ нѣсколько вздутъ, у 9-ти — умеренно, у 4-хъ наблюдалось рѣзкое вздутіе и у 10-ти степень вздутія живота не указана. Такимъ образомъ, мы имѣемъ большую половину случаевъ нашихъ странгуляцій, сопровождавшихся метеоризмомъ, не бросавшимся въ глаза.

Слѣдовательно, отсутствие вздутія живота или умеренное его вздутіе, особенно въ началѣ странгуляціи, до развитія *peritonit'a*, нѣсколько не противорѣчитъ наличности ее, а напротивъ, можетъ служить даже нѣкоторымъ указаніемъ на кишечное ущемленіе.

Въ описываемомъ нами случаѣ странгуляціи, наряду съ такими нерѣзкими измѣненіями наружной формы живота, существовалъ уже, какъ мы выше говорили объ этомъ, и эксудатъ, опредѣлившійся при перкуссіи 27 и 28/x. Обстоятельство это въ значительной степени важно, такъ какъ на немъ

основана отчасти и дифференціальная діагностика странгуляціоннаго ileus'a отъ obturационнаго, особенно въ первые дни заболѣванія.

Изъ 28 нашихъ странгуляцій въ 17 случаяхъ доказано несомнѣнное присутствіе въ полости peritoneum эксудата; въ 12 случ. его обнаружила laparotomia, въ 3-хъ аутопсіяхъ и въ 2-хъ перкуссіяхъ. Что же касается остальныхъ 11 странгуляцій, то въ 3-хъ изъ нихъ присутствіе эксудата не отмѣчено, вѣроятно, потому, что случаи эти не были запущены и во-время подверглись операци; относительно 1-го—судебно-медицинскаго—данныхъ вскрытія не имѣется, и, слѣдовательно, только въ 7 случаяхъ мы можемъ положительно утверждать отсутствіе воспалительнаго выпота.

Такимъ образомъ, мы имѣемъ $\frac{3}{4}$ нашихъ странгуляцій, которыя сопровождалась означеннымъ выпотомъ въ брюшную полость, и $\frac{1}{4}$ случаевъ, гдѣ эксудатъ отсутствовалъ.

Въ разбираемой исторіи болѣзни отмѣчается еще, что при давленіи на abdomen больной ощущалась слѣва болѣе сильная боль, чѣмъ справа. Казалось бы, что локализациа боли должна быть какъ разъ обратной, судя какъ по мѣсторасположенію тонкихъ кишекъ, такъ и по сравнительной частотѣ образованія перетяжекъ въ области слѣпой кишки, благодаря присутствію здѣсь червеобразнаго отростка, большинства Meskel'евскихъ дивертикуловъ и т. п. моментовъ. Слѣдовательно, на болѣшую болѣзненность слѣва мы должны смотрѣть или какъ на неправильно указанную больной, или какъ на отраженную боль.

Вообще нужно замѣтить, что при странгуляціяхъ больные рѣдко опредѣляютъ правильно локализацию болей. Greves, основываясь на своихъ 50 странгуляціяхъ, указываетъ, что только въ нѣкоторыхъ случаяхъ больными вѣрно опредѣлялось мѣсто болей, которое, дѣйствительно, соответствовало бы расположенію ущемленія; въ преобладающемъ же числѣ случаевъ наблюдалось какъ разъ обратное.

Въ подлежащей исторіи болѣзни отмѣчены еще характеръ мочеиспусканія, свойство мочи и ея количество.

Въ началѣ мочеиспусканіе было болѣзненное, незначительное, съ примѣсью крови изъ genitalia. Затѣмъ оно стало свободнымъ и болѣе обильнымъ, въ среднемъ по 600 к. с. за сутки. Моча богата кристаллами фосфорно-кислыхъ амміакъ-магnezин и мочеислаго аммонія. Бѣлка въ мочѣ нѣтъ.

Уменьшенное отдѣленіе мочи при странгуляціяхъ наблюдается въ большинствѣ ихъ случаевъ. По мнѣнію Greves'a, на это мы должны смотрѣть, какъ на слѣдствіе ослабленія сердечной дѣятельности, въ зависимости отъ нервнаго рефлекса. Если наркотическими средствами устранить возможность такого рефлекса, то количество мочи увеличивается. Wilms, кромѣ того, придаетъ не малое значеніе также и тому обстоятельству, что при странгуляціяхъ происходитъ въ значительныхъ размѣрахъ потеря плазмы, вслѣдствіе эксудациа ея какъ въ кишечникъ, такъ и въ полость брюшины.

Среди нашихъ 28 странгуляцій въ 19 случаяхъ суточное количество мочи опредѣлялось отъ 200 к. с. до 1200; въ среднемъ оно равнялось 470 к. с., т. е. только $\frac{1}{3}$ количества мочи, выдѣляемаго здоровымъ человѣкомъ. Въ остальныхъ 9 странгуляціяхъ указаній относительно колич. мочи не имѣется.

Что касается присутствія бѣлка въ мочѣ при странгуляціяхъ, на каковое обстоятельство обратилъ вниманіе Цейдлеръ, то въ этомъ отношеніи нашъ матеріалъ представляетъ мало интереса. Бѣлокъ въ мочѣ отмѣчается только въ 3-хъ странгуляціяхъ, слѣды бѣлка—въ 2-хъ случаяхъ, отсутствіе его—въ 18, а въ остальныхъ 5 моча не была изслѣдована.

Нахожденіе бѣлка въ мочѣ объясняется вышеуказаннымъ авторомъ какъ слѣдствіе интоксикаціи крови.

Разсмотрѣвъ подлежащій случай въ діагностическомъ отношеніи, мы коснемся теперь его терапіи.

Больная опредѣлена была сперва на терап. отд., откуда, спустя 4 сутокъ, была переведена на хирургическое. Если къ этому присоединить, что она поступила въ больницу на 4-й день своего заболѣванія, то, слѣдовательно, до момента операци—1/х1 прошло всего 9 сутокъ. Между тѣмъ, случай этотъ, какъ мы уже выше говорили, не представлялъ

какихъ-нибудь трудностей и особенностей для диагностики. Анамнестическія данныя вполне выясняли его этиологию. Изъ прижизненнаго діагноза—Volvulus, выставленнаго на терапевтическомъ отдѣленіи, можно также видѣть, что характеръ заболѣванія тамъ былъ правильно уясненъ, и казалось бы, что медлить съ переводомъ больной на хирургич. отд. не было никакихъ поводовъ. Результатомъ такого промедленія и была ничѣмъ не оправдываемая гибель больной.

Что леченіе странгуляцій должно быть только хирургическимъ, едва ли это нуждается въ доказательствахъ. Достаточно вспомнить механизмъ странгуляціи и вообще ея анатомическую картину, чтобы убѣдиться, что внутренняя терапия является если не совсѣмъ бесполезной, то, во всякомъ случаѣ, мало успѣшной, а иногда и служитъ причиной запоздалости операціи. Случаи же самопроизвольнаго излеченія странгуляцій являются крайне рѣдкими и наступаютъ тогда, когда ложныя связки подвергаются разрыву вслѣдствіе воспаленія, гангрены и т. п. моментовъ.

Laparotomia разсматриваемаго случая обнаружила намъ наступившее уже омертвѣніе ущемленной кишечной петли и образованіе на ней странгуляціонной борозды. Аутопсія же показала, что омертвѣніе кишечныхъ стѣнокъ далеко зашло за границы странгуляціи, такъ какъ при наполненіи водою кишекъ, на мѣстѣ швовъ, наложенныхъ при резекціи, просачивалась жидкость. Будь же эта операція предпринята нѣсколькими днями раньше, какъ только былъ установленъ діагнозъ, то едва ли мы имѣли бы неблагоприятный ея исходъ. За это въ достаточной степени говорятъ, какъ возрастъ больной и предыдущее состояніе ея здоровья, такъ и все клиническое теченіе данной, слабо выраженной, странгуляціи.

Въ отдѣлѣ обтураціоннаго ileus'a мы уже подчеркивали значеніе и важность раннихъ операцій при различныхъ заболѣваніяхъ этой формой кишечной непроходимости. Тѣмъ болѣе это нужно сказать относительно странгуляцій.

Wilms говоритъ: „имѣя въ виду, что случаи съ клинической картиной обтураціоннаго ileus'a могутъ быть обусловлены странгуляціей кишечника, мы должны и въ этихъ

случаяхъ,—иначе говоря, во всѣхъ случаяхъ механической закупорки кишечника,—предпринять, какъ можно скорѣе, операцію и, именно, тогда, когда діагнозъ механическаго препятствія установленъ или вѣроятенъ“.

Слѣдовательно, и тѣ случаи ileus'a, которые стоятъ на границѣ обтураціи и странгуляціи и могутъ различно толковаться, должны также подлежать немедленной операціи. При этомъ, памятуя, что въ теченіе 2-хъ сутокъ ущемленная кишечная петля, обыкновенно, омертвѣваетъ, мы должны спѣшить съ производствомъ операціи ранѣе означеннаго срока.

Сколь частой въ дѣйствительности является подобная возможность раннихъ операцій, можно видѣть изъ слѣдующихъ цифровыхъ данныхъ нашихъ 28 ущемленій.

Поступило въ больницу:

черезъ нѣск. час. послѣ начала заболѣванія 5 случ.

спустя 1 сутки	„	„	„	3	„
„ 2 сутокъ	„	„	„	2	„
„ 3	„	„	„	5	„
„ 4	„	„	„	4	„
„ 5	„	„	„	5	„
„ 9	„	„	„	1	„
„ 10	„	„	„	1	„
„ 14	„	„	„	1	„
„ ?	„	„	„	1	„

Въ среднемъ получается, что каждый случай попадалъ въ больницу спустя нѣсколько менѣе 4 сутокъ послѣ начала заболѣванія.

Съ другой стороны, представляетъ интересъ также и то обстоятельство, черезъ сколько сутокъ, по поступленіи больного, была произведена ему операція.

Всѣхъ оперированныхъ случаевъ было 17. Изъ нихъ: въ 7 случ. операція была произведена спустя нѣск. час.

„ 2	„	„	„	„	1 сутки.
„ 2	„	„	„	„	2 сутокъ.
„ 4	„	„	„	„	3
„ 1	„	„	„	„	5
„ 1	„	„	„	„	6

Въ среднемъ получается почти 2 сутокъ.

Если мы теперь сложим первое наше среднее съ послѣднимъ, то получимъ число нѣсколько менѣе 6, указывающее, черезъ сколько сутокъ было оказываемо оперативное пособіе въ каждомъ случаѣ странгуляціи съ момента заболѣванія.

Послѣ только что сказаннаго, насъ нисколько не удивить то сравнительно малое число выздоровленій, именно 4, среди 17 оперированныхъ странгуляцій. Это составитъ всего 23,5% выздоровленій. Между тѣмъ, изъ статистикъ различныхъ авторовъ мы видимъ гораздо болѣе благоприятные результаты послѣ операций кишечныхъ ущемленій. Такъ, напр., по Rutkowsky, изъ 16 случаевъ странгуляцій было 7 выздоровленій, т. е. 43,7%; по Kocher'у, изъ 16 случаевъ внутреннихъ ущемленій вслѣдствіе перетяжекъ и срощеній было 9 выздоровленій, т. е. 56,2%; Bergmann имѣлъ 15 странгуляцій, образованныхъ Meckel'евскимъ дивертикуломъ, изъ которыхъ 5 окончились выздоровленіемъ, т. е. 33¹/₃%; Mikulicz среди своихъ 26 клиническихъ странгуляцій имѣлъ 8 выздоровленій, т. е. около 31%; наконецъ, Цейдлеръ среди своихъ 8 случаевъ странгуляцій имѣлъ 5 выздоровленій, т. е. 62¹/₂%.

Возвращаясь къ нашему случаю, мы теперь нѣсколько коснемся операции, произведенной по поводу этого кишечнаго ущемленія.

Здѣсь былъ резецированъ странгулированный участокъ тонкой кишки. Изъ описанія этой резекціи явствуетъ, что удалена была очень незначительная часть кишечника, именно, у самой „странгуляціонной борозды, очевидно омертвѣвающей, сѣровато-бѣлаго цвѣта“.

Результатъ такой резекціи не замедлилъ, конечно, быстро сказаться: во время аутопсіи найдено, что при наполненіи водою кишки на мѣстѣ швовъ просачивается жидкость.

Не входя въ разборъ вопроса, на какомъ пространствѣ долженъ быть резецированъ странгулированный участокъ кишечника, такъ какъ это можетъ служить предметомъ особаго изученія, я позволю себѣ ограничиться здѣсь только замѣчаніемъ, что въ тѣхъ случаяхъ странгуляцій, гдѣ

показана резекція кишки, послѣдняя должна быть захвачена возможно пространнѣе.

b) *Странгуляцій кишки въ слѣдствіе ущемленія ихъ Meckel'евскими дивертикулами.*

Какъ мной уже раньше говорилось въ общей части, дивертикулы эти названы Meckel'евскими по имени автора, впервые ихъ описавшаго.

Обычнымъ мѣстомъ развитія означенныхъ дивертикуловъ является подвздошная кишка, именно, ея нижняя треть. Своимъ происхожденіемъ они обязаны незакрытію ductus omphalomesentericus (Kölliker). Иногда длина ихъ достигаетъ 8¹/₂ снт., какъ мы увидимъ это ниже. По формѣ своей они бываютъ цилиндрическіе, коническіе и шарообразные, при чемъ преобладающей формой является цилиндрическая, съ нѣсколько заостреннымъ свободнымъ концомъ. По строенію своему они напоминаютъ кишечную стѣнку и иногда снабжены своей брыжжейкой, отщепляющейся отъ брыжжейки ilei. Конецъ дивертикула или боковая его часть снабжена связкой, носящей названіе ligamentum terminale. Она прорастаетъ, обыкновенно, къ какому-нибудь мѣсту брюшной полости.

Вслѣдствіе того, что дивертикулы своимъ свободнымъ концомъ могутъ приростать къ брыжжейкѣ, кишкѣ и вообще къ близъ лежащимъ органамъ и стѣнкамъ брюшной полости, и создаются условія для возникновенія этихъ странгуляцій.

Случаевъ этого вида странгуляцій у насъ имѣется 3:

1) Аутопсіа: „Отъ брыжжейки process. Meckelii, длиною въ 8¹/₂ снт. и расположеннаго на ileum, въ разстояніи 80 снт. отъ coecum, шла тонкая перемычка къ брыжжейкѣ jejunii; въ эту перемычку вошла большая часть тонкихъ кишекъ“.—Листокъ за 1908 г., № 118.

2) Laparotomia: „Processus Meckelii расширенъ, удлинень, верхушка его срослась съ брыжжейкой тонкихъ кишекъ, въ какомъ пространствѣ и ущемилась тонкая кишка“.—Листокъ за 1906 г., № 119.

3-й случай, окончившійся выздоровленіемъ, я опишу подробно.

Больная 49 л., прислуга, поступила 19/vi-1897 г. въ 4 часа 25 м. утра съ жалобами на рвоту и боли въ животѣ. Заболѣла около 6 ч. утра вчерашняго дня. Рвота началась послѣ дачи *Ol. Ricini*. 24 года т. н. были трудные роды, вслѣдствіе чего болѣлъ животъ, было вздутіе его, но черезъ 2 недѣли боли прошли; рвоты тогда не было. Имѣла 6 дѣтей, выкидышей не было. Вообще была здоровой.

Больная средняго питанія. Животъ значительно вздутъ, преимущественно въ срединѣ, а не по краямъ. Стула не было слишкомъ 2 дня. Печень и селезенка изъ-за вздутія живота не опредѣляются. T° 36,8°. Пульсъ 96. Дых. 24. Рвота чрезвычайно воночая, каловая, частая, въ больницѣ 5 разъ.

Въ день поступления больной была произведена подъ наркозомъ операція. По вскрытіи брюшной полости по бѣлой линіи ниже пупка, извлекли вздутыя тонкія кишки, при чемъ оказалось, что часть петель проскочила черезъ кольцо, которое образовано на половину брыжжейкой, а на половину полымъ отросткомъ, въ мизинецъ толщиной, соединившимъ одну изъ петель кишекъ съ другой; стѣнка этого отростка напоминала вполне по строенію стѣнку кишки; этотъ отростокъ резецировали, а оставшіеся на кишкахъ концы закрыли лембертовскими швами. Брюшную рану зашили наглухо. Повязка.

20/vi.— T° нормальна.

21-22.— T° поднялась, появился кашель и колотье въ бокахъ, въ легкихъ разсѣянные свисты и хрипы.

23-24.— T° спала, мокрота хорошо отдѣляется.

25-26.—Газы хорошо отходятъ.

27-29.—Сняты швы, *prima intentio*.

30.—Первый разъ стулъ.

1-23/vii.—Самочувствіе хорошее.

24.—Выписывается здоровой.

Діагнозъ: *Incarceratio interna*.

Особый интересъ случай этотъ представляетъ въ томъ отношеніи, что онъ былъ оперированъ на 2-я сутки, считая съ момента заболѣванія. Такая немедленно произведенная операція, какъ мы видѣли, оправдала возлагавшіяся на нее надежды, и больная выздоровѣла.

Нужно думать, что столь быстрое примѣненіе хирургической терапіи вызвано было увѣренностью врачей въ характерѣ подлежащаго заболѣванія, къ сожалѣнію, очень кратко описаннаго. Наличие быстро развившейся каловой и частой рвоты, повидимому, служила однимъ изъ глав-

ныхъ признаковъ кишечной непроходимости и главнымъ толчкомъ для производства немедленной операціи.

Зависимость этой рвоты отъ усиленной перистальтики приводящаго отрѣзка кишки здѣсь не отмѣчена. Но въ анамнезѣ есть нѣкоторое указаніе на ея причину, именно, что больной давалось касторовое масло и вообще много жидкостей для утоленія жажды, обычно сопутствующей кишечной непроходимости.

О внѣшней формѣ живота сказано только, что онъ вздутъ по срединѣ, а не по краямъ,—обстоятельство, указывавшее на мѣсто расположенія препятствія въ области тонкихъ кишекъ. Данные лапаротоміи вполне и подтвердили предположеніе о странгуляціи тонкой кишки и, повидимому, въ верхней ея части.

Механизмъ даннаго кишечнаго ущемленія заключался въ томъ, что часть тонкихъ кишекъ попала подъ дивертикуль, который и игралъ здѣсь роль обыкновенной перемычки или перетяжки. Такимъ образомъ, ущемляя поавшія подъ него кишечныя петли, онъ тѣмъ самымъ сильно надавливалъ и на лежащую подъ послѣдними часть брыжжейки.

Что же касается степени ущемленія кишечныхъ петель въ разбираемомъ случаѣ, то таковая была довольно сильной, что доказывается какъ клиническимъ теченіемъ этой странгуляціи, такъ и данными, найденными при лапаротоміи.

Исходя изъ этого положенія, мы смѣло можемъ утверждать, что омертвѣніе странгулированныхъ кишечныхъ петель не замедлило бы наступить въ ближайшемъ времени и было предупреждено единственно во-время предпринятой операціей.

Наконецъ, относительно этиологіи разбираемой странгуляціи нужно сказать, что она вполне выясняется изъ анамнестическихъ данныхъ. Сравненіе свободного конца *processus Meckelii* должно быть отнесено ко времени бывшихъ 24 г. т. н. тяжелыхъ родовъ. Въ общей части странгуляціи мы уже говорили о томъ, какъ продолжительны могутъ быть промежутки между моментомъ появленія въ брюшной полости благоприятныхъ анатомическихъ условій для образованія кишечныхъ ущемленій и моментомъ возникновенія самыхъ ущемленій. Настоящій случай вполне подтверждаетъ это.

Относительно тѣхъ 2-хъ случаевъ странгуляцій Meske'евскими дивертикулами, патолого-анатомическія данныя которыхъ были приведены мною выше, намъ остается сказать лишь немногое.

Оба они были оперированы и оба окончились смертью. Причиной такого исхода нужно считать запоздалость оперативнаго пособия—въ одномъ случаѣ по винѣ самой больной, поступившей спустя 3 дня послѣ заболѣванія, въ другомъ же операція была предпринята спустя лишь 3-е сутокъ послѣ поступления больного.

Прижизненный діагнозъ перваго случая: Volvulus. Strangulatio.

Посмертный: Peritonitis fibrin. ac.

Прижизненный діагнозъ втораго случая: Volvulus.

Посмертный: Peritonitis fibrin. haemorrhag. ac. Gangraena disseminata intest. ilei. Septicaemia.

Изъ выставленныхъ прижизненныхъ діагнозовъ явствуетъ, что клиническое теченіе заболѣваній было довольно опредѣленное, и, казалось бы, должна была быть немедленно примѣнена и соотвѣтствующая терапія, особенно во второмъ случаѣ.

е) Странгуляціи кишечныхъ петель вследствие ущемленія ихъ въ отверстіяхъ большого сальника.

Различной формы отверстія, въ видѣ круглаго, овальнаго, или даже просто щели, довольно часто встрѣчаются въ сальникѣ. Эти отверстія происходятъ вследствие или небольшого расщепленія сальника, или же очень значительнаго, когда можетъ получиться нѣсколько даже отдѣльныхъ его частей. Въ зависимости отъ этого въ сальникѣ появляются различной величины дыры, гдѣ и могутъ ущемляться попадающія туда, обыкновенно, петли тонкихъ кишекъ.

Въ нашемъ матеріалѣ имѣется два такихъ случая; къ описанію одного изъ нихъ, какъ болѣе интереснаго, я и перехожу.

Больной 55 л., мѣщанинъ, поступилъ 4/xi-1903 г. съ жалобами на сильную боль въ животѣ, вздутіе его, рвоту зеленью,

задержку стула; всѣ эти явленія наступили вчера утромъ. Клизма не подѣйствовала. Прежде подобныхъ болей въ животѣ никогда не было. Капляетъ давно, лѣтъ 15.

Большой умѣренный питанія, языкъ сильно обложенъ, сухъ, foetor ex ore. Легкія растянуты за предѣлы нормальныхъ границъ. Слѣва надъ лопаткой заглуженіе съ тимпаническимъ отгѣнкомъ, мелкіе влажные хрипы и амфорическое дыханіе.

Печень съ VII ребра немного опущена, селезенка не прощупывается. Животъ умѣренно вздутъ, всюду тимпаниченъ, болѣзненъ, особенно въ нижнихъ боковыхъ частяхъ. Въ scrotum справа hydrocele.

5/xi.—П. 116, слаб. наполненія. Животъ болѣе вздутъ, тимпаниченъ, болѣзненъ при давленіи. Стула не было, газы не отходили. Рвота продолжается.

6.—Т° норм. П. 108. Рвота желчью нѣсколько разъ, животъ еще болѣе вздутъ, сильная жажда.

7.—Status idem.

8.—Стула не было, газы отходили, животъ сильно вздутъ.

9.—Стула не было, рвота желчью продолжается, животъ еще болѣе вздутъ, болѣзненъ при перкуссии и пальпации.

10.—Рвота продолжается, стула не было. П. 108, очень слабый.

11.—Рвота съ каловымъ запахомъ и цвѣта каловой жидкости. Сдѣланъ въ трехъ мѣстахъ проколъ живота, съ цѣлью выпуска газовъ, но послѣдніе не вышли. Вздутіе живота увеличилось еще больше, обильная рвота каловой жидкостью. Status gravis. Больной умеръ.

Въ эпикризѣ этой исторіи болѣзни сказано:

Больной поступилъ съ явленіями непроходимости кишечника на 2-й день заболѣванія; въ виду туберкулезнаго пораженія легкихъ, былъ предположенъ (съ натяжкой) туберкулезный перитонитъ, вызвавшій непроходимость кишечника. Операціи не было произведено. Exitus на 7-й день.

Прижизненный діагнозъ: Pneumonia chr. tbc. Emphysema pulm. Hydrocele d. Arteriosclerosis. Peritonitis chr. tbc. Pleus.

Патолого-анатомическій: Gangraena partis intest. ilei in foramine omenti majoris. Concretio omenti majoris cum pariete pelvis. Peritonitis acuta incip. Pneumonia chr. interstit. tub. Bronchoectasia multipl. Emphysema pulm. Arteriosclerosis. Cholelythiasis. Hydrocele d.

Нѣкоторыя данныя вскрытія:

Правая часть сальника идетъ внизъ черезъ корень брыжейки, въ нижней части его отверстіе, въ которомъ ущемилась часть тонкой кишки. Полость peritonei пуста. Въ разстояніи 46 смт.

отъ ileosoca'наго клапана на протяженіи метра часть ilei гангренисцирована, слизистая ея черная, сочная, съ экстравазатами.

Эта исторія болѣзни приведена мной, чтобы лишній разъ напомнить, что тѣ случаи ileus'a, гдѣ не можетъ быть поставленъ опредѣленный анатомическій діагнозъ, должны быть оперированы.

Въ эпикризѣ говорится, что въ виду туберкулезнаго пораженія легкихъ былъ предположенъ „съ натяжкой“ туберкулезный перитонитъ.

Въ главѣ обтураціоннаго ileus'a, при описаніи обтураціи вслѣдствіе склеекъ и сращеній кишечныхъ петель, мы уже говорили относительно одного туберкулезнаго не оперированнаго случая, окончившагося смертью, что означенное пораженіе органовъ брюшной полости само по себѣ создаетъ необходимость вскрытія послѣдней, а тѣмъ болѣе, если существуютъ явленія кишечной непроходимости. Слѣдовательно, и въ разбираемомъ случаѣ, какъ принято за туберкулезный, не было противопоказаній для операціи.

Съ другой стороны, смотрѣть на этотъ случай, какъ на исключительно туберкулезный перитонитъ, и не было достаточныхъ основаній. Анамнестическія данныя—у больного появился симптомокомплексъ кишечной непроходимости сразу, тогда какъ до этого онъ чувствовалъ себя, по крайней мѣрѣ, со стороны брюшной полости, совершенно здоровымъ,—а равно клиническое теченіе случая, именно, отсутствіе съ самаго начала кишечной перистальтики, внезапность возникновенія картины кишечной непроходимости при полномъ отсутствіи эксудата въ брюшной полости, съ начавшеюся сразу сильной болью въ животѣ,—все это исключаетъ допущеніе туберкулезнаго peritonit'a.

Слѣдовательно, въ разсматриваемомъ заболѣваніи намъ приходится скорѣе всего остановиться на странгуляціи кишки. Что же касается вопроса, какой изъ видовъ ея существовалъ въ данномъ случаѣ, то высказаться въ этомъ отношеніи опредѣленно не представлялось возможнымъ.

Другой случай съ прижизненнымъ діагнозомъ: Arteriosclerosis. Apoplexia. Emphysema pulmonum—относится къ больному, 51 г., поступившему въ больницу уже въ безсозна-

тельномъ состояніи, со слабымъ пульсомъ и холодными конечностями. Заболѣлъ двѣ недѣли т. н. Объ умѣстности здѣсь операціи не могло быть, конечно, и рѣчи. Спустя 14 час. больной умеръ.

Патолого-анатомическій діагнозъ: Incarceratio partis intestini ilei in foramine ovali omenti majoris. Concretio omenti majoris cum pariete abdominis. Gangraena incipiens intestini ilei. Peritonitis haemorrhag. ac. Oedema pulmon. Emphysema pulmon. Arteriosclerosis levis.

d) *Внутреннія грыжи. Herniae internae.*

Зуда должны быть отнесены: herniae diaphragmaticae s. phrenicae, herniae duodenojejunales, herniae foraminis Winslowii s. bursae omentalis, herniae intersigmoideae, грыжи въ области слѣпой кишки, herniae intraepiploicae, herniae retroperitoneales anteriores и herniae iliacosubfasciales.

Сообразно съ имѣющимся у насъ матеріаломъ, мы остановимся только на: 1) hernia duodenojejunalis, 2) грыжахъ въ области слѣпой кишки и 3) hernia retroperitonealis anterior.

Hernia duodenojejunalis.

Hernia duodenojejunalis или, такъ называемая, Treitz'овская грыжа, образуется на счетъ попаданія кишечной петли въ неглубокій карманъ брюшины—fossa duodenojejunalis.

Въ диссертациі д-ра Толпыго — „Laparotomia при внутреннихъ ущемленіяхъ кишекъ“—мы находимъ подробное анатомическое описаніе этой грыжи. Означенный выше неглубокій карманъ образуется сзади складки брюшины, обхватывающей слѣва flexuram duodenojejunalem; благодаря послѣднему обстоятельству, названную грыжу, обычно, и наблюдаютъ всегда на лѣвой сторонѣ живота. Верхній край этой складки вогнутъ и довольно плотный, переходитъ въ нижній листокъ mesocolon. transversi, а нижній сливается съ брюшинымъ покровомъ int. duodeni. Иногда означенный неглубокій карманъ брюшины, подъ влияніемъ давленія какъ ущемленной въ немъ кишечной петли, такъ и раздутаго приводящаго отрѣзка кишки, растягивается до значительной вели-

чины, такъ что въ него можетъ войти большое колич. кишечныхъ петель.

Привожу одинъ имѣющійся у насъ случай *herniae incarceratae duodenojejunalis*.

Больная 24 л. отъ роду, портниха, поступила 10/IV-1896 г. съ жалобами на боли подъ ложечкой, тошноту, рвоту и запоры. Больна 4-й день. Въ день прибытія въ больницу появились судороги.

Больная удовлетвор. питанія. Зѣвъ съ блѣдною высыпью на твердомъ и мягкомъ небѣ. Языкъ сухой, обложенный, желтый. Abdomen умѣренно вздутъ. Въ ileosocol'ной области притупленіе, прощупываются растянутыя петли кишекъ.

11./IV.—Животъ сильно вздутъ, особенно въ нижней части. Клизмы изъ масла и другія не дали результата. При изслѣдованіи per rectum въ верхнемъ отдѣлѣ ея и далѣ прощупываются каловыя массы, часть которыхъ и извлечена пальцемъ. Промываніе желудка также не облегчило состоянія больной. Organa genitalia безъ измѣненій. Вѣтры не отходятъ. Мочи 400,0, уд. в. 1030, блѣлокъ. Въ 2 ч. дня была сдѣлана пункция.

Въ 9 ч. вечера была произведена *laparotomia* съ послѣдующей *gastrorrhaphia*. Брюшная полость была вскрыта по бѣлой линіи, почти отъ *process. xiphoid.* до *symphysis oss. pub.*, не доходя на 2 пальца до него. Вздутый и переполненный жидкостью желудокъ занималъ все поле операциі; изъ него сначала былъ выпущенъ троакаромъ воздухъ, а затѣмъ сдѣланъ разрѣзъ и вылито содержимое въ громадномъ количествѣ, мутное, сильно кислой реакціи. 12-перстная кишка и небольшой участокъ *jejuni* на разстояніи 15-20 снт. довольно рѣзко гиперемированъ, немного растянутъ и отдѣляется рѣзкимъ кольцомъ отъ слѣдующаго отдѣла кишекъ, совершенно спавшагося и довольно блѣднаго. Во время операциі высказано было предположеніе объ ущемленіи кишекъ въ *fossa duodenojejunalis*, расправившихся во время операциі. На основаніи этого ограничили зашиваніемъ стѣнки желудка и брюшной полости. Затѣмъ была наложена давящая крахмальная повязка.

Со дня операциі и до выписки изъ больницы прошелъ 31 день. Первые три дня наблюдалась сильнѣйшая жажда, небольшая боли въ животѣ, отсутствіе стула, пульсъ за 100 (120-106). Слѣдующіе 3 дня больная въ угнетенномъ состояніи, жажда меньше, незначительныя боли въ животѣ по временамъ, пульсъ 96-86. Стула не было. Стала пить бульонъ. На 8-й день сняты швы, рана зажила *per primam*. Первый стулъ былъ спустя 10 дней, послѣ клизмы. Больная употребляетъ въ пищу молоко, бульонъ, яйца. Далѣе, стулъ сталъ произвольный, самочувствіе вполне удовлетворительное.

25-26/IV.—Появилась боль подъ ложечкой, тошнота и нѣсколько разъ рвота.

27.—Все это исчезло и больная вполне оправилась.

10/V.—При изслѣдованіи живота нижняя граница желудка опредѣляется, повидимому, у пупка, боли совершенно отсутствуютъ.

12.—Больная выписалась.

Діагнозъ: *Incarceratio interna. Coprostitis.*

Въ діагностическомъ отношеніи случай этотъ не представляетъ особыхъ трудностей. Внезапное начало заболѣванія, боли подъ ложечкой, рвоты каждый часъ, отсутствіе стула и отхожденія газовъ—все это ясно указывало на существованіе какого то механическаго момента, вызвавшаго вышеупомянутый симптомокомплексъ, свойственный кишечной непроходимости. Клиническое теченіе и объективныя данныя также соотвѣтствуютъ высказанному нами предположенію.

10/IV, какъ мы видѣли, присоединились судороги, о которыхъ ни разу не упоминалось въ предыдущихъ странгуляціяхъ. Эти судорожныя явленія указывали на тяжелую форму ущемленія кишки. Къ сожалѣнію, въ исторіи болѣзни нѣтъ никакихъ указаній, ограничивались ли онѣ нижними конечностями, или вообще наблюдались по всему тѣлу. Причиной ихъ нужно считать разстройство функціи центральной нервной системы, стоящее, повидимому, въ тѣсной зависимости отъ общей интоксикаціи организма. Появленіе судорогъ только на 4-й день заболѣванія, когда, слѣдовательно, могла уже наступить означенная интоксикація, косвеннымъ образомъ, говоритъ за ея дѣйствительное существованіе. Среди 28 нашихъ кишечныхъ ущемленій отмѣченъ только одинъ этотъ случай, сопровождавшійся судорогами.

11/IV примѣненіе нѣсколькихъ клизмъ не дало никакого результата, а между тѣмъ, пальцемъ удалось вывести нѣкоторое колич. кала. Это обстоятельство съ рельефностью указываетъ на появившійся уже параличъ кишечника, въ зависимости, повидимому, какъ отъ сильнаго ущемленія кишечной петли, такъ и отъ начинающагося *peritonit'a*.

Среди данныхъ объективнаго изслѣдованія особенное вниманіе обращаетъ на себя вздутіе преимущественно верхней

части живота,—обстоятельство, въ которомъ мы должны были бы видѣть, до нѣкоторой степени, одинъ изъ діагностическихъ признаковъ для странгуляцій *Wahl'a* *). Къ сожалѣнію, на счетъ характера означеннаго вздутія въ исторіи болѣзни нѣтъ никакихъ указаній. Въ другомъ же мѣстѣ ея отмѣчено, что въ ileocoecal'ной области имѣется притупленіе и прощупываются растянутыя петли кишекъ.

Наряду съ клиническимъ теченіемъ означеннаго случая, этимъ объективнымъ даннымъ нужно придать извѣстное значеніе, именно, растянутыя кишечныя петли необходимо принять за параличное ихъ состояніе, а вздутіе въ верхней части живота свести на растянутый и наполненный приводящій отрѣзокъ кишки.

Такимъ образомъ, устанавливая здѣсь ущемленіе кишечника и его мѣсторасположеніе, высказаться, въ то же время, опредѣленно о видѣ рассматриваемой странгуляціи мы не въ состояніи, за отсутствіемъ какихъ-либо данныхъ.

Нашъ случай представляетъ интересъ еще и въ томъ отношеніи, что, благодаря ущемленію кишечника на значительной его высотѣ, 15—20 снт. отъ duodeni, растяженію и вздутію вмѣстѣ съ приводящимъ отрѣзкомъ кишки подвергся также и желудокъ. Вздутіе его было настолько велико, что онъ занималъ все поле операціи, а потому пришлось прибѣгнуть къ разрѣзу его стѣнки. Несомнѣнно, что подобная величина желудка способствовала въ значительной мѣрѣ вздутію живота въ верхней его части, а наполненность его вызывала столь частую рвоту.

Операція даннаго кишечнаго ущемленія, какъ мы знаемъ, оказалась слишкомъ несложной: не пришлось даже освободить кишечной петли отъ странгуляціи ея въ fossa duodeno-jejunalis, такъ какъ кишка сама расправилась во время лапаротоміи. Отсюда невольно является мысль, что ущемленіе кишки было несильное, какъ разъ противоположное тому, о чемъ мы раньше говорили. Однако, присутствіе рѣзкаго кольца на кишкѣ несомнѣнно говоритъ въ пользу пер-

*) Эти признаки будутъ подробно разбираться нами въ группѣvolvulus'овъ, такъ какъ тамъ имѣется для этого соответствующій матеріалъ.

воначальнаго нашего заключенія. Происшедшее же расправление кишки нужно объяснить тѣмъ, что какъ только былъ данъ выходъ чрезвычайно обильному содержимому желудка, то напираніе со стороны послѣдняго и ближайшей части кишечника на ущемленную петлю его не имѣло уже мѣста, благодаря чему кишка и расправилась.

Отсюда я позволю себѣ сдѣлать выводъ, что при точно діагносцированныхъ ущемленіяхъ кишекъ въ fossa duodeno-jejunalis предпринятая съ самаго начала неоднократныя промыванія желудка могутъ увѣнчаться самостоятельнымъ расправленіемъ странгулированной кишечной петли.

Что касается послѣоперационнаго теченія, то въ немъ заслуживаетъ быть отмѣченнымъ продолжавшійся сравнительно долгое время параличъ кишечника—стулъ появился только на 10-й день. Параличъ этотъ, конечно, долженъ быть отнесеннымъ къ динамической формѣ ileus'a. Появившіяся же, кромѣ того, боли подъ ложечкой, тошнота и нѣсколько разъ рвота объясняются продолжавшимъ существовать еще расширеніемъ желудка, нижняя граница котораго, спустя мѣсяць послѣ операціи, опредѣлялась по прежнему у пупка.

Грыжи въ области слѣпой кишки.

Относительно этихъ грыжъ нужно сказать, что мѣстами ихъ являются тѣ неглубокіе карманы и ямки, которые образуются брюшиной и располагаются непосредственно у слѣпой кишки. Въ вышеупомянутой диссертациі д-ра Толпыго означенныя углубленія приведены въ слѣдующемъ подраздѣленіи:

1) Recessus ileocoecalis, расположенный между plica ileocoecalis и mesenteriolum proc. vermicularis.

2) Recessus ileocoecalis superior, ветрѣчающійся очень рѣдко; находится въ складкѣ брюшины надъ входомъ intest. ilei въ coecum.

3) Fossa ileocoecalis inferior, названная Treitz'омъ fossa subcoecalis, а Leichtenstern'омъ—recessus retroappendicularis; располагается между брыжжейками слѣпой кишки и червеобразнаго отростка и обнаруживается въ видѣ

воронкообразной ямки при подниманіи appendix'a; размѣры ямки бываютъ различны, иногда же она совсѣмъ отсутствуеть.

4) Fossa retrocaecalis, располагающаяся подь слѣпой кишкой, и

5) Fossa infracaecalis, располагающаяся на musc. iliacus и достигающая иногда большихъ размѣровъ.

Привожу имѣющійся у насъ случай кишечнаго ущемленія in fossa subcaecalis.

Больная 47 л., жена унт.-офицера, поступила 5/II-1897 г. съ жалобами на задержку стула, продолжающуюся 4 дня, и рвоту зеленою въ теченіе 3-хъ дней.

Больная плохого питанія, языкъ сухой, обложенъ, голосъ хриплый.

Животъ вздутъ, напряженъ, болѣзненъ, прощупать ничего не удастся.

6/II.—Пульсъ 90. Послѣ клизмы вышла одна вода. Животъ по прежнему напряженъ. Прощупываются каловыя массы. Рвота съ примѣсью кала. Переводится на хирург. отд.

Вечеромъ больной подь смѣшаннымъ наркозомъ произведена лапаротомія; разрѣзъ по бѣлой линіи ниже пупка. Полость брюшины пуста, тонкія кишки гиперемированы, на поверхности тусклы, умѣренно спались. Лишь одна изъ петель тонкой кишки, лежащая около coecum, оказалось вздутой; конецъ этой вздутой петли оканчивался въ fossa subcaecalis.

При вытягиваніи кишки оказалось, что въ названной ямкѣ ущемлена была кишечная петля, снт. 10 длиной, на разстояніи приблизительно снт. 30-40 выше coecum. На мѣстахъ ущемленія стѣнка кишки была сѣраго цвѣта, мало эластична, на брыжейкѣ кровоподтекъ. Найти gros. vermicularis не удалось. Освобожденная отъ ущемленія кишка опущена въ брюшную полость, рана живота зашита наглухо.

7.—Всю ночь рвота, 4 раза полужидко слабило. Пульсъ едва прощупывается. Умерла.

Прижизненный діагнозъ: Incarceratio intest. tenuis in fossa subcaecalis.

Патолого-анатомическій: Peritonitis septica.

Нѣкоторыя данныя вскрытія:

Петли тонкихъ кишекъ склеены между собой рыхлыми пленками, нигдѣ не представляютъ явленій ущемленія. Serosa кишекъ гиперемирована, тусклая, съ экстравазатами, мѣстами сплошными; снт. въ 30-ти отъ ileocaecal'наго клапана (мѣсто бывшаго

ущемленія) — темнокрасная съ грязноватымъ оттѣнкомъ, съ рѣзко выраженными лимфат. сосудами. Соотвѣтственно этому мѣсту, на брыжейкѣ геморрагическая инфильтрація. На мѣстѣ, соотвѣтствующемъ ущемленію, слизистая грязносѣрая, съ трудно соскабливающимся налетомъ. Слизистая толстыхъ кишекъ безъ особыхъ измѣненій.

Въ этой исторіи болѣзни мы имѣемъ всѣ явленія кишечной непроходимости. Діагносцировать же подлежащее заболѣваніе по имѣющимся объективнымъ даннымъ не представляется возможнымъ.

Что случай этотъ долженъ быть отнесенъ къ странгуляціонному ileus'у, на это указываютъ анамнестическія данныя, говорящія о томъ, что заболѣваніе началось сразу, задержкой стула и вслѣдъ за этимъ рвотой зеленою. Вздутый, напряженный и болѣзненный животъ ясно указывалъ на начинающуюся перитонитъ.

Данныя лапаротоміи выяснили намъ причину странгуляціи, и, казалось бы, случай этотъ долженъ былъ бы, подобно предыдущему, окончиться выздоровленіемъ. Эта увѣренность была и у оператора, наглухо зашившаго брюшную рану. Однако, данныя аутопсіи обнаружили септическую форму перитонита, быстро развившагося, всего въ теченіе 5 сутокъ.

Сравнивая этотъ случай съ предыдущей странгуляціей кишки, гдѣ операція была произведена спустя столько же времени послѣ заболѣванія, какъ и въ разбираемой исторіи болѣзни, мы видимъ, однако, что результатъ операціи здѣсь былъ совершенно иной — случай окончился смертью. Причину этого мы должны видѣть, главнымъ образомъ, въ болѣе сильномъ ущемленіи кишки и наступленіи, въ зависимости отъ этого, быстрого ея омертвѣнія.

Hernia retroperitonealis anterior.

Отверстіе этой грыжи находится въ брюшной полости подлѣ кольца паховаго канала. Въ зависимости отъ того, въ какомъ мѣстѣ расположится грыжевая опухоль, будетъ находится и ея видъ. Такъ, если она ляжетъ вдоль musc. ileopectineus, она будетъ называться — hernia intrailiaca; если она расположится внутрь къ мочевому пузырю — hernia antevésicalis, если же внизъ, за горизонтальную вѣтвь лобковой

кости, — *hernia retropubica*. Общее название этой грыжи дано ей Klebs'омъ.

Подобно тому, какъ нѣкоторые авторы подводят сюда также случаи паховыхъ грыжъ *post repositionem en bloc*, и мы нашъ случай — *herniae inguin. sin. incarcer. post repositionem en bloc* — отнесли къ этому виду внутреннихъ грыжъ. Въ данномъ случаѣ мы имѣемъ расположение грыжевой опухоли въ промежуткѣ между брюшиной и *fascia transversa*. Къ описанію этой грыжи мы сейчасъ и переходимъ.

Больной 54 л., столяръ, поступилъ 5/1-1896 г. съ жалобами на запоръ и частую рвоту, появившіеся дня 4 т. н., послѣ того, какъ вправилъ самъ себя выпавшую грыжу. Грыжей страдаетъ лѣтъ 20 и носить бандажъ.

Больной плохого питанія, кожа цианотична, вяла, будучи приподнята въ складку, не расправляется. Артеріи въ высокой степени склерозированы, пульсъ 96. Abdomen умеренно вздутъ, при ощупываніи безболѣзненъ. При перкуссии сильный тимпанитъ въ области желудка. Правая половина живота даетъ болѣе притупленный тонъ, чѣмъ лѣвая. Въ лѣвой половинѣ, въ *reg. iliaca*, тонъ глуше, чѣмъ на остальномъ протяженіи живота, и тутъ же прощупывается повышенная резистенція. Въ кишкахъ плескъ. При изслѣдованіи пальцемъ оба паховые канала свободны, лѣвый шире праваго. Въ виду сильной атрофіи брюшныхъ стѣнокъ, палецъ свободно проникаетъ въ брюшную полость, при чемъ удается ощупать *ramus horizont. ossis pubis*. При покашливаніи замѣчается напирание не только въ паховыхъ кольцахъ, но и снаружи надъ пупартовой связкой. *Per rectum* — ничего особеннаго.

Отъ операніи больной отказался.

6/1. — Всю ночь больного рвало жидкими желтоватыми массами, съ каловымъ запахомъ.

7. — Больной весь цианотиченъ, пульсъ не прощупывается. Полное сознание. Умеръ.

Прижизненный діагнозъ: *Volvulus*.

Посмертный: *Hernia inguinal. sin. incarcer. interna post repositionem en bloc*.

Нѣкоторые данныя вскрытія:

При вскрытіи полости живота вся *jejunum* довольно значительно раздута, выполнена каловой жидкостью, съ довольно значительной гипереміей ея *serosae*, которая всюду также гиперемирована. *Peum* спалась, а петля, составляющая границу между кишками, на разстояніи 15 снт. ущемлена въ мѣшкѣ, лежащемъ въ полости живота въ лѣвой паховой его области. Шейка этого

мѣшка пропускаетъ только катетеръ. Отверстіе это находится кнаружи отъ *vasa epigastr.* въ *fovea inguin. ext.* По вскрытіи этого мѣшка онъ оказался состоящимъ изъ двойного брюшиннаго листка и могъ быть вправленъ свободно въ паховой каналъ. Слизистая оболочка ущемленной петли кишки грязно-красная. Мѣшокъ находится тотчасъ между брюшиной и *fascia transversa*.

Передъ нами имѣется тяжелая картина кишечной непроходимости.

Анамнестическія данныя уясняютъ намъ, до нѣкоторой степени, причину этой непроходимости, именно, насильственное вправленіе лѣвосторонней паховой грыжи, произведенное больнымъ самому себя; но со стороны данныхъ объективнаго изслѣдованія нѣтъ указаній на грыжевую опухоль. Благодаря послѣднему обстоятельству, случай этотъ и не былъ правильно диагносцированъ и былъ принятъ за *volvulus*. Въ пользу послѣдняго предположенія здѣсь говорили: болѣе глухой тонъ въ лѣвой половинѣ живота, именно, въ *regio iliaca sin.*, и повышенная резистенція, которая здѣсь прощупывалась. Однако, изслѣдованіе *per rectum* не подтвердило означенной резистенціи кишки.

Что касается клинической картины разбираемаго случая, то все теченіе его опредѣляло намъ странгуляціонную форму кишечной непроходимости. На это указывали: острое начало заболѣванія, сопровождавшееся рвотой, затѣмъ, наступившій коллапсъ и, наконецъ, появившаяся каловая рвота. Отсутствіе болѣзненности при ощупываніи живота еще болѣе убѣждало въ наличности далеко зашедшаго перитонита и уже наступившаго коллапса.

Такимъ образомъ, основываясь на данныхъ анамнеза, объективнаго изслѣдованія и всего клиническаго теченія нашего случая, мы съ полной увѣренностью можемъ высказаться лишь только въ томъ отношеніи, что у насъ имѣлась странгуляціонная форма *ileus'a*, при чемъ странгуляція наступила быстро и сильно ущемила одну изъ кишечныхъ петель съ ея брыжейкой.

Соотвѣтственно съ такимъ толкованіемъ подлежащаго ущемленія кишки становилась ясной и терапия этого заболѣ-

ванія. Къ сожалѣнію, больной отказался отъ предложенной операци.

Данныя вскрытія, какъ мы видѣли, подтвердили высказанное предположеніе объ имѣвшейся формѣ кишечной непроходимости и обнаружили странгуляцію кишки на мѣстѣ перехода jejunum въ ileum въ грыжевомъ мѣстѣ, располагавшемся между брюшиной и fascia transversa.

е) Кишечные узлы.

Главной причиной, побудившей насъ отнести наше большое количество, всего 5, кишечныхъ узловъ къ странгуляціонной формѣ ileus'a, вопреки обычному смѣшиванію ихъ съ volvulus'ами кишекъ, служитъ особенность ихъ анатомическаго образованія, которая сама по себѣ опредѣлится изъ дальнѣйшаго изложенія.

Авторами, которые впервые занялись тщательнымъ изслѣдованіемъ условій и способовъ происхожденія этихъ узловъ, были Gruber и Küttner. Я только вкратцѣ остановлюсь на классификаціи, главнымъ образомъ, Gruber'a, появившейся въ 1869 г.

Подъ кишечными узлами онъ понимаетъ, въ однихъ случаяхъ, обвиваніе S-гомані съ ея брыжжейкой петлями тонкой кишки, въ другихъ же случаяхъ, обвиваніе какой-либо части тонкой кишки и ея брыжжейки flexur'ой sigm. Такимъ образомъ, одна изъ кишечныхъ петель по отношенію къ другой является какъ бы осью, на которую накручивается тонкая или толстая кишка.

Далѣе, Gruber различаетъ 2 главныхъ вида узловъ, изъ которыхъ каждый дѣлится еще на 2 подвида. Различіе это онъ основываетъ на расположеніи завязывающейся въ узелъ тонкой кишки по отношенію къ брыжжейкѣ flexurae sigm., т. е. надъ ней (первый видъ), или подъ ней (второй видъ). Теперь, въ зависимости отъ того, какая изъ входящихъ въ узелъ кишекъ служитъ осью и какая накручивается на эту ось, и появляются по двѣ разновидности cadaго въ отдѣльности вида.

Предрасполагающими къ образованію кишечныхъ узловъ причинами являются очень длинная брыжжейка тонкой киш-

ки и длинная flexura sigm. при узкой ея брыжжейкѣ. Для происхожденія означенныхъ узловъ достаточно присутствія и одного лишь изъ означенныхъ условій.

Какъ Gruber, такъ, главнымъ образомъ, и Küttner придерживались строго того мнѣнія, что образованію узла предшествуетъ volvulus кишекъ, мнѣніе, какъ говоритъ Wilms, оказавшееся нынѣ несправедливымъ. Обстоятельство вышеуказаннаго свойства и служило поводомъ къ отмѣченному нами уже раньше обычному смѣшиванію кишечныхъ узловъ съ volvulus'ами, хотя Gruber и Küttner сами всегда строго разграничивали ихъ.

Нашъ матеріалъ въ этомъ отношеніи представляетъ еще большую запутанность, такъ какъ имѣющіеся въ немъ случаи кишечныхъ узловъ прямо носятъ названіе volvulus'овъ, которые, къ тому же, обозначаются какъ volvulus completus.

Для иллюстраціи я позволю себѣ здѣсь же и привести ихъ.

1) Прижизненный діагнозъ: Peritonitis.

Посмертный: Volvulus completus intestini tenuis et flexurae sigm. Gangraena incipiens et peritonitis haemorrhag. exsudat... Листокъ за 1906 г., № 123.

2) Прижизненный діагнозъ: Peritonitis ac.

Посмертный: Volvulus intestini ilei et flex. sigm. Gangraena incipiens intestini incarceratae. Peritonitis ac. haemorrhag. exsudat... Листокъ за 1905 г., № 124.

3) Прижизненный діагнозъ: Volvulus.

Посмертный: Volvulus intestini ilei et flex. sigm. completus. Gangraena intest. ilei et flex. sigm... Листокъ за 1907 г., № 125.

Вообще нужно сказать, что случаи нашихъ кишечныхъ узловъ ни разу не были обозначены во всѣхъ относящихся сюда исторіяхъ болѣзни какъ таковые, а именовались то какъ volvulus'ы, то какъ incarceratio interna.

Возвращаясь къ прерванному изложенію о кишечныхъ узлахъ, мы должны отмѣтить еще, что наблюдаются случаи образованія узловъ между тонкой кишкой и соесум

или colon ascendens. Такъ, Léonard приводитъ случай, гдѣ colon ascendens обвилась вокругъ брыжеечнаго стебля петли тонкой кишки. Наконецъ, наблюдались случаи происхожденія узловъ на счетъ только одной тонкой кишки, въ которыхъ одна изъ перекрещенныхъ между собой двухъ петель тонкой кишки становилась осью по отношенію къ другой, намотавшейся вокругъ нея, кишечной петлѣ. Такіе случаи описаны Eames'омъ, Lechtenstern'омъ и Rokitansky'мъ.

Что касается точки зрѣнія Wilms'a на кишечные узлы, то онъ говоритъ, что ограниченіе послѣднихъ отъ volvulus'овъ является необходимымъ, такъ какъ не существуетъ никакого родственнаго отношенія между этими формами ни въ патолого-анатомическомъ, ни въ клиническомъ отношеніяхъ. За классификаціей Gruber'a онъ признаетъ лишь то значеніе, что въ ней отражается modus образованія кишечныхъ узловъ, который признается правильнымъ и позднѣйшими авторами, а именно, что при образованія узла одна кишка до извѣстной степени играетъ роль пассивную, т. е. та, на которую активно наворачивается другая.

Самъ Wilms предлагаетъ собственную классификацію кишечныхъ узловъ, сущность которой сводится къ тому, что положеніе flexurae sign. онъ считаетъ фиксированнымъ, безразлично, будь она прямая или изогнутая. Въ нѣкоторыхъ исключительныхъ случаяхъ болѣе длинная flexura можетъ свѣситься или перегнуться внизъ и образовать, такимъ образомъ, съ тонкими кишками сложную форму узловъ, не относящуюся ни къ одному изъ указываемыхъ имъ ниже видовъ.

Къ 1-му виду кишечныхъ узловъ онъ причисляетъ тѣ изъ нихъ, въ которыхъ flexura прямая, къ 2-му же виду относить тѣ случаи, гдѣ flexura изогнута подобно аркѣ и, какъ это чаще бываетъ, въ правую сторону.

Дальнѣйшее дѣленіе Wilms'омъ кишечныхъ узловъ на подвиды соотвѣтствуетъ дѣленію Gruber'a на главные виды, т. е. въ зависимости отъ того, находится ли тонкая кишка надъ flex. sign. или подъ ней.

Теперь мы коснемся вкратцѣ той патолого-анатомической картины, которой, обычно, сопровождаются кишечные узлы.

Изъ приведенныхъ уже нами выше данныхъ вскрытія мы видѣли, что въ нихъ на первомъ мѣстѣ отмѣчена гангрена захваченныхъ въ узелъ кишечныхъ петель и, главнымъ образомъ, ущемленной части кишки. Это можетъ быть объяснено наличностью двухъ моментовъ, всегда сопровождающихъ каждое образованіе узла. Первый изъ нихъ состоитъ въ томъ, что часть кишки, обвивающаяся вокругъ другой, всегда эту послѣднюю туго и сильно перетягиваетъ, слѣдствіемъ чего, конечно, является омертвѣніе какъ той, такъ и другой части кишечника, съ кровянисто-серозными пропитываніями въ полость брюшины. Второй же моментъ составляетъ то обстоятельство, что въ образованіе узла входитъ, обычно, значительная часть кишечника, благодаря чему огромное количество кишечныхъ сосудовъ и подвергается сильному сдавленію.

Такимъ образомъ, мы видимъ здѣсь повтореніе почти тѣхъ же анатомическихъ особенностей, какія наблюдаются при большихъ странгуляціяхъ кишекъ различнаго рода перетяжками или перемычками, роль которыхъ въ кишечныхъ узлахъ играетъ часть кишки, обвивающаяся вокругъ другой. Это анатомическое сходство кишечныхъ узловъ со странгуляціями и позволило намъ отнести первые къ отдѣлу странгуляціоннаго ileus'a, не выдѣляя ихъ въ особенную самостоятельную форму механической кишечной непроходимости.

Теперь мы считаемъ возможнымъ перейти къ описанію клинической картины имѣющихся у насъ узловъ. Для этой цѣли мы остановимся на разборѣ одной, болѣе подробно изложенной, исторіи болѣзни.

Больной 25 л. отъ роду, обойщикъ, поступилъ 14-и-1905 г. въ 8 ч. утра съ жалобами на сильныя схваткообразныя боли въ животѣ, появившіяся 1 ч. т. н. Наканунѣ вечеромъ ѣлъ кильки, колбасу и выпилъ порядочно водки. Раньше чувствовалъ себя совершенно здоровымъ.

При поступленіи слѣдано промываніе желудка; промывная вода почти чистая, остатковъ пищи не было. Клизму больной

не удержалъ, вышла почти чистая вода. До заболѣванія стула не было въ теченіе сутокъ.

Больной средняго питанія. Кожа и видимыя слизистыя оболочки блѣдны. Языкъ слегка обложенъ. Со стороны органовъ грудной полости уклоненій отъ нормы не замѣчается. Животъ нѣсколько вздутъ, чрезвычайно болѣзненъ по всему протяженію, тонъ слѣва, въ области flexurae sigm., притупленный. При изслѣдованіи per rectum: ampula пуста, sphincter tertius проходимъ, надъ нимъ выпячивается разрыхленная слизистая оболочка, справа прощупывается какое то выпячиваніе, какъ бы петли кишокъ. Переводится на хирургическое отдѣленіе.

Въ 2 ч. пополудни больной былъ въ слѣдующемъ состояніи: пульсъ 120 въ 1 мин., $t^{\circ}36$, дыханіе 32; животъ вздутый, напряженный, какъ доска, и рѣзко болѣзненный при давленіи; больной жалуются и на произвольныя боли, особенно въ области пупка. При перкуссии замѣчается притупленный тонъ слѣва, въ области flexurae sigm. Послѣ ванны эта тупость, спустя 2 часа, смѣнилась тимпанитомъ. Тошнота, икота и отрыжка мучили больного. Область epigastrii рѣзко вздута. Больной стоналъ отъ мучительныхъ болей въ кишкахъ. Ему немедленно была предложена операція, но отъ послѣдней онъ отказался наотрѣзъ.

Въ теченіе 3-хъ послѣдующихъ часовъ боли въ животѣ еще болѣе усилились, общее состояніе больного стало еще хуже: пульсъ 160, нитевидный, $t^{\circ}37,5$, дыханіе 60 въ 1 мин., значительный цианозъ конечностей. Послѣ этого больной сталъ умолять, чтобы ему сдѣлали операцію.

Подъ хлороформнымъ наркозомъ была вскрыта брюшная полость отъ мечевиднаго отростка до symphysis pubis. Показались серозно-кровоянистая жидкость и кишки вишнево-чернаго цвѣта, покрытыя мѣстами фибринознымъ налетомъ; петля flexurae sigm. ущемлена въ брыжейкѣ тонкихъ кишокъ и крѣпко стянута обмотавшимися вокругъ нея тонкими кишками. Жидкость была удалена, кишки расправлены, полость живота отчасти затампонирована, а cavum Douglassii дренажировано съ люмбальной стороны.

Больной умеръ въ 11 ч. 55 мин. ночи.

Прижизненный діагнозъ: Incarceratio interna. Peritonitis septica.

Вскрытіе трупа не было произведено.

Въ приведенной исторіи болѣзни наше вниманіе, прежде всего, обращаетъ на себя то обстоятельство, что заболѣва-

ніе, внезапно начавшееся утромъ въ 7 ч., въ тотъ же день ночью, въ 11 ч. 55 м., закончилось уже смертью, т. е. отъ начала болѣзни и до смерти больного прошло всего около 17 час.

Такое острое теченіе данной кишечной непроходимости, выразившееся въ сильнѣйшихъ и жесточайшихъ боляхъ въ животѣ и въ наступленіи коллапса, за которымъ и послѣдовалъ быстрый, летальный исходъ,—должно было заставить насъ заподозрить здѣсь кишечную странгуляцію, въ которую захваченъ большой участокъ брыжейки съ сильнымъ ея ущемленіемъ. Помимо этого предположенія, здѣсь можно было допустить также и наличность volvulus'a какой-либо части кишечника.

Отмѣченныя въ исторіи болѣзни данныя объективнаго изслѣдованія такъ мало характерны, что на основаніи ихъ нельзя высказаться болѣе или менѣе опредѣленно въ ту или другую сторону. За volvulus flexurae sigm. здѣсь, какъ будто, говоритъ притупленность тона въ области ея; но послѣ ванны притупленность эта смѣнилась тимпанитомъ—обстоятельство, уже исключющее такое допущеніе. Съ другой стороны, предположить здѣсь volvulus тонкихъ кишокъ также позволительно, основываясь на прощупываемомъ per rectum справа какомъ то выпячиваніи, какъ бы кишечной петлѣ, затѣмъ, на сильныхъ боляхъ въ области пупка и, наконецъ, рѣзкомъ вздутіи epigastrium. Но отсутствіе признаковъ Wahl'я нѣсколько подрываетъ эту увѣренность. Такимъ образомъ, менѣе ошибочнымъ выходомъ при такомъ положеніи вещей было бы допущеніе здѣсь наличности вообще странгуляціи, безъ опредѣленія ея вида. Изъ прижизненнаго діагноза этого случая—Incarceratio interna—видно, что заболѣваніе это трактовалось и лечившими его врачами въ одинаковомъ съ нами смыслѣ.

Въ прогностическомъ отношеніи случай этотъ представлялся безнадежнымъ, такъ какъ здѣсь имѣлся уже сильно развившійся общій перитонитъ: животъ вздутый, напряженный, какъ доска, и рѣзко болѣзненный при давленіи; тошнота, икота.... Слѣдовательно, рассчитывать здѣсь на какой-

либо успѣхъ отъ операциі трудно было, тѣмъ не менѣе она являлась, какъ ultimum refugium.

Данныя лапаротоміи объяснили намъ какъ причины остраго теченія подлежащаго случая, такъ и характеръ имѣвшейся странгуляціи. Я позволю себѣ здѣсь еще разъ подчеркнуть, насколько сильнымъ при кишечныхъ узлахъ бываетъ ущемленіе какъ соответствующихъ частей брыжеекъ, такъ и входящихъ въ узелъ кишечныхъ петель. Въ нашемъ случаѣ мы видимъ, что „петля flexurae sigm. ущемлена въ брыжжейкѣ тонкихъ кишекъ и крѣпко стянута обмотавшимися вокругъ нея тонкими кишками“. Отсюда намъ становятся уже вполне понятными сильнѣйшія и жесточайшія боли, коллапсъ и быстро наступившая смерть при картинѣ остраго общаго перитонита.

Заканчивая этимъ описаніе клиническаго теченія кишечныхъ узловъ, я считаю нужнымъ еще присовокупить, что въ остальныхъ нашихъ 4-хъ случаяхъ смерть наступила въ первомъ изъ нихъ черезъ 14 час. послѣ начала заболѣванія, во второмъ—черезъ 23 час., въ третьемъ—спустя почти двое сутокъ и въ четвертомъ—трое слишкомъ сутокъ.

Эти выводы, въ свою очередь, говорятъ о томъ, что быстро протекающія странгуляціи кишекъ съ вышеприведенной клинической картиной и при отсутствіи болѣе или менѣе опредѣленныхъ данныхъ объективнаго изслѣдованія, которыя могли бы установить характеръ механическаго препятствія для свободной проходимости кишечника,—должны быть не рѣдко принимаемы за кишечные узлы.

Всѣхъ случаевъ кишечныхъ узловъ у насъ имѣется 5, слѣдовательно, по отношенію къ всему числу нашихъ странгуляцій, 28, это составитъ 17,9%. Всего оперированныхъ было 2 случая, и оба окончились смертью. Неоперированныхъ—3, также окончившихся летально.

Ниже слѣдуютъ таблицы странгуляцій, не вошедшихъ въ изложеніе.

№ исторіи болѣзні.	Годъ поступленія въ больницу.	Возрастъ и званіе	Болезнь.	Семейное положеніе.	Число дней съ начала заболѣванія до поступления въ больницу.	ДИАГНОЗЪ.	День операциі послѣ начала заболѣванія и характеръ ея	Исходъ.	Число дней отъ операціи до смерти.	ПАТОЛОГО-АНАТОМИЧ. ДІАГНОЗЪ.
104.	1901	67 л. Дворникъ.	Вдо-ва.	Семейное положеніе.	3.	Цеус.	3. Лапаротомія. Anus praeternaturalis.	Смерть.	4.	Gangraena cocci. Ulcus carcinomatosum flexurae colicae sin. Peritonitis ac. septica.
105.	1902	60 л. Кухарка.	Вдо-ва.	Вдо-ва.	Около 3-хъ недѣль.	Hernia umbilicalis incarcerata. Obesitas.	Около 3-хъ недѣль. Herniotомія.	Смерть.	4.	Appendicitis perforativa gangraen. Peritonitis ac. septica. Concretio omenti majoris cum pariete poster. cavi abdominis et incarceration propter eam intest. ilei...
106.	1896	33 г. При мужѣ.	За-муж-няя.	Семейное положеніе.	2.	Incarceratio interna.	5. Resectio intest. ten. (1/2 арм.) Концы шить въ кожн. рану.	Смерть.	5.	Peritonitis septica haemorrhagica. Anus praeternatur. artificialis. Septicaemia.

№ исторій болѣзни.	Годъ поступленія въ больницу.	Возрастъ и занятіе больного.	Семейное положеніе.	Число дней съ начала заболевания до поступления въ больницу.	ПАТЛОЛОГЪ.	День операціи послѣ начала заболевания и характеръ ея.	ПАТЛОЛОГЪ.	Число дней послѣ начала поступления въ больницу.	Семейное положеніе.	Возрастъ и занятіе больного.	Годъ поступления въ больницу.	№ исторій болѣзни.
107.	1903	44 г. Чернораб. натъ.	Жен.	1.	Strangulatio et volvulus.	1. Laparotom. (Найден остатокъ перемычки въ области ilei et coeci).	Исходъ.	13 час.	Peritonitis serosohaemorrhagica acuta.	44 г. Чернораб. натъ.	1903	107.
108.	1896	32 г. При мужъ. мужья.	Жен.	2.	Incarceratio interna per adhaesiones inest. ten.	7. Laparotom. (Омертвѣвшій участокъ тонк. киш. не удаченъ вслѣдствіе болярныхъ спаекъ.)	Смерть.	5.	Incarceratio interna per adhaesion. ilei cum gangraena. Peritonitis fibrin. septico-stercoralis.	32 г. При мужъ. мужья.	1896	108.
109.	1905	42 г. Чернораб. натъ.	Жен.	Поступилъ въ тяжеломъ состояніи, на вопросы не отвѣчалъ.	Gangraena intest. Naematoma sacri abdom.	Немедленно по поступленіи. Incisio parietis abdom. (Rana тампо-нирована.)	Смерть.	7 час.	Incarceratio intest. ilei cum gangraena eius. Peritonitis acuta haemorrhagica.	42 г. Чернораб. натъ.	1905	109.
110.	1897	28 л. Кухарка.	Дѣвца.	5.	Volvulus.	—	Смерть.	9¼ час.	Incarceratio int. ilei interna. (Вскрытіе не найдено.)	28 л. Кухарка.	1897	110.

№ исторій болѣзни.	Годъ поступления въ больницу.	Возрастъ и занятіе больного.	Семейное положеніе.	Число дней съ начала заболевания до поступления въ больницу.	ПАТЛОЛОГЪ.	День операціи послѣ начала заболевания и характеръ ея.	ПАТЛОЛОГЪ.	Число дней послѣ начала поступления въ больницу.	Семейное положеніе.	Возрастъ и занятіе больного.	Годъ поступления въ больницу.	№ исторій болѣзни.
111.	1905	40 л. При мужъ.	Жен.	5.	Incarceratio interna.	11. Laparotomia. (Перезажки упильтожены)	Исходъ.	55.	Выздор.	40 л. При мужъ.	1905	111.
112.	1901	27 л. Молодой боецъ.	Жен.	3.	Ileus. Peritonitis.	6. Laparotomia. (Перезажки упильтожены)	Исходъ.	79.	Выздор.	27 л. Молодой боецъ.	1901	112.
113.	1901	41 г. Жена торговца.	Жен.	3.	Volvulus. Peritonitis ac. Septicaemia.	—	Смерть.	4.	Смерть.	41 г. Жена торговца.	1901	113.
114.	1899	29 л. Жена лакировщика.	Жен.	9.	Typhus abdominal.	—	Смерть.	39.	Смерть.	29 л. Жена лакировщика.	1899	114.

№№ историй болѣзней.	Годъ поступления въ больницу.	Возрастъ и занятіе больного.	Семейное положеніе.	Число дней съ начала болѣзани до поступления въ больницу.	ДІАГНОЗЪ.	День операціи постъ начала заболѣванія и характеръ ея.	ИСХОДЪ.	Число болѣзней въ жизни.	ПАТОЛОГО-АНАТОМИЧ. ДІАГНОЗЪ.
115.	1897	24 г. Горничная.	Дѣ-вица.	5.	Volvulus.	—	Выздор.	7.	—
116.	1900	64 г. Живеть пенсией.	Дѣ-вица.	4 часа.	Incarceratio intest. Serpentina. Neoplasma malign. gland. retroperiton.	11 час. Laparotomia. (Орашеніи кишечк не могли быть вскрыты)	Смерть.	14 1/2 час.	—
117.	1895	76 л. Няня.	Вдова.	—	Coprostasis. Arteriosclerosis.	—	Смерть.	4.	Негния incarcerationis. Intertitis ulc. (Перля тонк. кишки ущемле на колѣчкомъ въ первомъ).
122.	1907	45 л. Приказчикъ.	Женатъ.	6 часовъ.	Volvulus.	12 час. Laparotomia. (Распределена кишка.)	Смерть.	14 час.	Gangraena flex. sigm. et gangraena incipiens partialis int. ilei post volvulum. Peritonitis haemorrh. acuta serpica.

№№ историй болѣзней.	Годъ поступления въ больницу.	Возрастъ и занятіе больного.	Семейное положеніе.	Число дней съ начала болѣзани до поступления въ больницу.	ДІАГНОЗЪ.	День операціи постъ начала заболѣванія и характеръ ея.	ИСХОДЪ.	Число болѣзней въ жизни.	ПАТОЛОГО-АНАТОМИЧ. ДІАГНОЗЪ.
123.	1906	45 л. При мужѣ.	Женатъ.	1	Peritonitis	1	Смерть.	2.	Volvulus completus intest. ten. et flexurae sigmoid. Gangraena incipiens et peritonitis haemorrhagica exsudat...
124.	1905	27 л. Прислуга.	Дѣ-вица.	3.	Peritonitis ac.	3.	Смерть.	12 час.	Volvulus intest. ilei et flexurae sigm. Gangraena incipiens intest. incarcerae. Peritonitis ac. haemorrhag. exsudat. uterus post partum.
125.	1907	33 г. При мужѣ.	Женатъ.	12 часовъ.	Volvulus.	12 часовъ.	Смерть.	10 ч. 10 м.	Volvulus intest. ilei et flex. sigm. completus. Sectio caesarea propter gravi dit. Concretio omentum major. cum adnexis sin., mesenterium longum. Gangraena intest. ilei et flex. sigm...

ГЛАВА VI.

Volvulus'ы.

Совершенно самостоятельный отдѣлъ должна составить собой вся группа volvulus'овъ, т. е. поворотовъ кишекъ по брыжжеечной и по собственной оси (отъ *volvo*—скручиваю, поворачиваю). Хотя по клиническому своему теченію заболѣванія этого рода и имѣютъ громадное сходство съ странгуляціями кишекъ, но мы сочли нужнымъ выдѣлить ихъ въ особый отдѣлъ, въ виду того, что механизмъ ихъ образованія и его анатомическія условія, представляются, какъ мы увидимъ, совершенно иными, чѣмъ въ кишечныхъ ущемленіяхъ.

Обычно различаютъ два вида поворотовъ кишекъ: а) по оси брыжжейки и б) по оси самой кишки.

Въ первомъ случаѣ, вся брыжжейка, или только извѣстная ея часть, съ соотвѣтствующими кишечными петлями, поворачивается вокругъ собственной своей оси въ ту или другую сторону, болѣе полуоборота, кончая иногда даже нѣсколькими оборотами. Вслѣдствіе такого положенія брыжжейки и кишекъ создаются условія для непроходимости послѣднихъ. Чаще всего повороту по брыжжеечной оси подвергаются *flexura sigmoidea*, рѣже *ileum* и *jejunum*, иногда вся тонкая кишка, затѣмъ *oesum* и *colon ascendens*. По статистикѣ *Leichtenstern'a*, на *S-rom.* приходится 45 случаевъ, на *ileum*—23 и на *jejunum*—8.

Во второмъ случаѣ, часть кишки скручивается по собственной продольной оси, благодаря чему и происходитъ сближеніе стѣнокъ кишки до полного закрытія ея просвѣта. Сюда относятся также и перегибы кишекъ вслѣдствіе ихъ смѣщенія. Та или другая часть кишечника, снабженная

очень длинной брыжжейкой, подвергается иногда большому смѣщенію, въ результатъ чего могутъ получаться перегибы кишекъ около продольной ихъ оси. Такіе перегибы, обычно, ложатся въ косвенномъ направленіи къ означенной оси. Они описаны *Habershon'омъ*, *Rokitansky'мъ*, *Lietaud'омъ* и другими. Этотъ видъ встрѣчается какъ на тонкихъ, такъ и толстыхъ кишкахъ. Такіе случаи имѣются и у насъ.

Для иллюстраціи сказаннаго позволимъ себѣ привести нѣсколько случаевъ изъ нашихъ volvulus'овъ, констатированныхъ во время операціи или же на аутопсіи.

Къ иллюстраціи перваго вида:

Laparotomia: „Повидимому, брыжжейка повернулась и возлѣ *duodenum* за нее вошли петли тонкихъ кишекъ, которыя пришлось вытягивать какъ изъ кармана“.—Листокъ за 1900 г., № 151.

Laparotomia: „*S-romanum* найдена перекрученной 2 раза вокругъ своей брыжжейки“.—Листокъ за 1906 г., № 131.

Аутопсія: „*Flex. sigm.* перевернулась одинъ разъ вокругъ брыжжейки и подошла подъ брыжжейку тонкихъ кишекъ и заняла мѣсто въ правой сторонѣ живота. Брыжжейка же тонкихъ кишекъ вмѣстѣ съ толстыми перекинулась черезъ *flex. sigm.* на мѣстѣ ея перекручиванія“.—Листокъ за 1906 г., № 144.

Къ иллюстраціи втораго вида:

Laparotomia: „Положеніе тонкихъ кишекъ являлось ненормальнымъ въ томъ отношеніи, что онѣ перешли за нисходящую часть *colonis*, отодвинувъ *flex. sigm.* вправо; благодаря этому, *flex. sigm.* пришла въ ненормальное положеніе, образовавъ у своего основанія перегибъ, и, такимъ образомъ, явилась непроходимость въ нижней части *flex. sigm.*“.—Листокъ за 1903 г., № 129.

Аутопсія: „Брыжжейка спаялась съ операціонной раной *post herniotomiam herniae cruralis d.* на незначительномъ протяженіи по нижней периферіи. Сама петля (тонкой кишки) поворочена одинъ разъ вокругъ своей оси“.—Листокъ за 1895 г., № 146.

Разсматривая ближе приведенные нами виды volvulus'овъ, мы замѣчаемъ, что въ большинствѣ случаевъ они встрѣчаются только въ комбинаціяхъ другъ съ другомъ.

Очень важнымъ вопросомъ по отношенію къ volvulus'амъ является ихъ этиологія. При ближайшемъ знакомствѣ съ анатомической картиной нашихъ случаевъ поворотовъ кишекъ, мы въ 14 изъ нихъ находимъ указаніе на длинную брыжжейку различныхъ участковъ кишечника, при чемъ въ 5 исторіяхъ болѣзни отмѣчается еще наличіе брыжжеекъ у

coecum и colon ascendens, а также общія брыжжейки у coecum, colon ascend. et colon transv., у coecum, col. ascend. и тонкихъ кишекъ и у col. ascend. и тонкихъ кишекъ. Для иллюстраціи этого я позволю себѣ привести здѣсь нѣсколько образцовъ:

1) Colon ascendens et coecum имѣютъ длинную брыжжейку. Брыжжейка тонкихъ кишекъ очень длинна.—Листокъ за 1898 г., № 160.

2) Colon ascend., имѣя свою брыжжейку, повернулась вокругъ нея на $1\frac{1}{2}$ раза.—Листокъ за 1894 г., № 162.

3) Слѣпой и восходящей кишекъ на мѣстѣ нѣтъ, онѣ подведены подъ полуперевернутый корень брыжжейки, лежатъ въ лѣвомъ hypochondrium. Восходящая толстая к. и тонкія к. имѣютъ общую брыжжейку.—Листокъ за 1904 г., № 161.

4) Coecum et colon ascend. имѣютъ общую брыжжейку съ тонкими кишками. Coecum, col. ascendens и часть правой половины col. transversi имѣютъ общую брыжжейку.—Листокъ 1900 г., № 155.

Изъ вышеупомянутыхъ 14 случаевъ 6 приходится на одну только flex. sigm., гдѣ отмѣчается ея значительная длина. Отсюда мы можемъ сказать, что означенныя анатомическія условія являются далеко не безразличными для образованія volvulus'овъ и, въ особенности, они играютъ важную роль при образованіи поворотовъ flex. sigm. по ея брыжжеечной оси.

Въ отношеніи этой же flex. sigm. немаловажное значеніе имѣетъ также и очень узкая при своемъ корнѣ брыжжейка, благодаря чему и здѣсь создаются моменты, способствующіе повороту означенной брыжжейки вокругъ своей оси. Словомъ, чѣмъ рѣзче наблюдается несоотвѣтствіе между шириной брыжжейки у корня и длиною прикрѣпленной къ ней кишки, тѣмъ больше дается данныхъ для образованія поворотовъ по оси брыжжейки.

Отсюда можно сдѣлать такое заключеніе, что всѣ болѣзненные процессы въ брюшной полости, влекущіе за собой утолщеніе, сморщиваніе или съеживаніе брыжжейки у ея корня, благоприятствуютъ поворотамъ кишекъ на такихъ брыжжейкахъ.

Въ доказательство справедливости этого вывода я приведу нѣсколько случаевъ изъ серіи нашихъ volvulus'овъ.

1) Laparotomia: „S-roman. перевернута вокругъ ножки брыжжейки слѣва направо. Раскрученная брыжжейка сморщена, съ многочисленными плотными, звѣздчатыми рубцами, съ перламутровымъ блескомъ“. Аутопсія подтвердила данныя лапаротоміи.—Листокъ за 1906 г., № 136.

2) Laparotomia: „S-rom. и нисходящая часть colonis были повернуты справа налѣво“. Аутопсія этого случая обнаружила, что брыжжейка S-rom. длинная—17 снт., утолщена, съ многочисленными рубцами.—Листокъ за 1894 г., № 127.

3) Аутопсія: „Брыжжейка тонкихъ кишекъ повернута справа налѣво. Брыжжейка значительной длины, покрыта многочисленными рубцами“.—Листокъ за 1903 г., № 129.

На основаніи этихъ, только что приведенныхъ мною, данныхъ, мы уже въ достаточной степени убѣждаемся, какъ велика роль означенныхъ анатомическихъ особенностей для образованія поворотовъ брыжжейки.

Здѣсь же слѣдуетъ нѣсколько коснуться вопроса о перемычкахъ и сращеніяхъ какъ между петлями кишекъ, такъ и между послѣдними и другими органами брюшной полости и ея стѣнками, въ смыслѣ воздѣйствія ихъ на образованіе volvulus'овъ. Для большей ясности я приведу нѣсколько подобныхъ случаевъ изъ нашего матеріала.

1) Аутопсія: „Двѣ петли тонкихъ кишекъ сращены соединительно-тканной перепонкой: одна съ мѣстомъ перехода flex. sigm. въ прямую кишку, другая—съ правымъ придаткомъ матки. Часть брыжжейки ilei повернута вокругъ своей оси на полный оборотъ“...—Листокъ за 1904 г., № 159.

2) Laparotomia: „S-rom. перевернулась вокругъ ножки брыжжейки слѣва направо. Поперечно-ободочная кишка подтянута къ самому куполу диафрагмы; около flexurae lienalis и ниже flexurae hepaticae coli найдены перемычки“...—Листокъ за 1906 г., № 136.

3) Аутопсія: „При расщепленіи грыжевого кольца оказалось, что брыжжейка спаялась съ послѣоперационной раной на незначительномъ протяженіи по нижней периферіи. Сама петля поворочена одинъ разъ вокругъ своей оси“...—Листокъ за 1895 г., № 146.

Конечно, одного только существованія означенныхъ анатомическихъ причинъ въ брюшной полости недостаточно для созданія volvulus'овъ; здѣсь еще необходимы и другія условія, какъ, напр., запоры, чрезмѣрное наполненіе кишечника, его

вздутие, боли в животѣ, усиленная перистальтика кишечника, различныя травмы брюшной полости и ея сотрясенія,—словомъ, моменты, которые и сами по себѣ могутъ служить иногда непосредственнымъ поводомъ къ образованію volvulus'овъ. Разборомъ этихъ послѣднихъ мы сейчасъ и займемся, пользуясь анамнестическими данными нашихъ случаевъ. Напередъ, впрочемъ, долженъ замѣтить, что данныя эти очень небогаты и во многихъ исторіяхъ болѣзни совершенно отсутствуютъ.

Въ 7 случаяхъ они сводятся къ болямъ в животѣ, неоднократно повторявшимся в теченіе долгаго промежутка времени. Такъ, напр.:

„Боли в животѣ наблюдаются около 18 л., приблизительно черезъ мѣсяцъ; злоупотреблялъ спиртными напитками“.—Листокъ за 1906 г., № 130.

„Послѣдніе 10 лѣтъ, приблизительно по 1 разу в годъ, внезапно появлялись сильныя боли в животѣ, которыя, по истеченіи сутокъ, обыкновенно проходили.“—Листокъ за 1900 г., № 143.

Въ 7 случаяхъ наблюдались погрѣшность в ѣдѣ и недоброкачественность пищи, напр.:

„Появились боли в животѣ и рвоты, часъ спустя послѣ обѣда, за которымъ съѣлъ в закусочной шей съ грибами“.—Листокъ за 1900 г., № 151.

„Былъ гороховый супъ, кашу, хлѣбъ, пилъ квасъ. Ночью появилась рвота, боль в животѣ. Послѣ этого больной съѣлъ вареной ветчины и выпилъ 2 рюмки водки“.—Листокъ за 1902 г., № 137.

„Боли в животѣ и рвота появились послѣ съѣденной недоброкачественной печени“.—Листокъ за 1908 г., № 150.

Въ 4-хъ случаяхъ имѣются указанія на запоры и в одномъ на рвоты и поносы.

Въ 4-хъ случаяхъ констатируется наличность паховыхъ вправляющихся грыжъ.

Въ 3-хъ случаяхъ благоприятствовали появленію volvulus'овъ, повидимому, роды, беременность и какое то гинекологическое заболѣваніе.

Въ 2-хъ случаяхъ отмѣчаются внѣшніе механическіе моменты, какъ, напр.:

„Въ день заболѣванія прыгнулъ съ высоты 2-хъ ступеней, послѣ чего появилась внезапно рѣзь в животѣ“.—Листокъ за 1904 г., № 161.

Одинъ случай представляетъ особенный интересъ в томъ отношеніи, что в лѣтъ т. н. былъ также volvulus и операція по поводу его. (Листокъ за 1906 г., № 136).

Въ нѣкоторыхъ исторіяхъ болѣзни среди означенныхъ анамнестическихъ данныхъ встрѣчаются одновременно по нѣсколько изъ нихъ, и поэтому часто является затрудненіе, какія изъ этихъ данныхъ нужно считать болѣе важными и заслуживающими вниманія.

Нахожу не лишнимъ обратить здѣсь вниманіе и на то, что въ 10 скорбныхъ листкахъ отмѣчено начало заболѣванія ночью. Въ этомъ направленіи мы имѣемъ указанія и у Faltin'a. Онъ говоритъ, что изъ 52-хъ его случаевъ поворота кишечника у 27 пациентовъ заболѣваніе наступило во время сна, в серединѣ ночи. Конечно, эти указанія не лишены нѣкотораго значенія и, во всякомъ случаѣ, на нихъ нужно смотрѣть, какъ на вспомогательные моменты при существующей уже наклонности кишки къ повороту.

Мы знаемъ, что различныя положенія тѣла могутъ обусловить, до известной степени, смѣщаемость такихъ подвижныхъ органовъ брюшной полости, какъ кишечныя петли. Z. v. Manteuffel указываетъ, напр., на то, что слѣпая кишка, будучи наполненной и вздутой, при положеніи тѣла на лѣвомъ боку, перемѣщается къ средней линіи живота, а при положеніи на правомъ боку снова ложится на свое нормальное мѣсто. Одновременно съ такими смѣщеніями раздутой и наполненной слѣпой кишки можетъ происходить и раздраженіе листковъ ея брыжжейки, в результатъ чего послѣдняя постепенно утолщается и сморщивается, и такимъ образомъ, возникаютъ благоприятные моменты для образованія volvulus'овъ. Такое утолщеніе брыжжейки при подвижномъ соединѣнн, подвергшемся повороту, неоднократно было доказано.

Аналогичнымъ образомъ могутъ быть объяснены также и нѣкоторыя случаи volvulus'овъ тонкихъ кишечника и flexurae sigm.

Вообще же нужно сказать, что перечислить все разнообразіе моментовъ, способствующихъ образованію volvulus'овъ кишечника и ихъ взаимныхъ комбинацій, почти невозможно, в виду ихъ многочисленности и непредугаданности. Въ от-

ношеніи всѣхъ этихъ причинъ можно подмѣтить только то общее, что онѣ являются по стольку важными, по скольку лишь встрѣчаются вмѣстѣ и дѣйствуютъ заодно.

Заканчивая этиологию *volvulus'овъ*, я считаю нужнымъ упомянуть здѣсь еще разъ о тѣхъ двухъ обстоятельствахъ, которыхъ мы уже касались въ началѣ нашей работы, — именно, что, во 1-хъ, пища, употребляемая русскимъ крестьяниномъ, преимущественно растительная (черный хлѣбъ, горохъ, чечевица, фасоль), и, во 2-хъ, что, по мнѣнію нѣкоторыхъ авторовъ, русскій кишечникъ длиннѣе нѣмецкаго. Оба эти обстоятельства, несомнѣнно, играютъ роль въ образованіи *volvulus'овъ* въ Россіи, и первое изъ нихъ даже громадную, въ смыслѣ вызванія усиленнаго броженія въ кишечникѣ и, слѣдовательно, созданія весьма благоприятной почвы для поворотовъ кишекъ.

Дѣйствительно, *volvulus'ы* кишекъ въ Россіи встрѣчаются гораздо чаще, чѣмъ въ Германіи, что ясно видно изъ сопоставленія статистики *Leichtenstern'a*, который среди 541 случая кишечной непроходимости нашель только 2½% вообще поворотовъ кишекъ, и статистики *Lingen'a*, констатирующей изъ 28 случаевъ *ileus'a* 5 случаевъ *volvulus'a* кишекъ, т. е. 38%. Наши 45 случ. *volvulus'овъ*, по отношенію къ общему числу исторій болѣзни съ явленіями *ileus'a*, составляютъ свыше 25%. Присоединяя же сюда 5 случаевъ кишечныхъ узловъ, отнесенные мною къ отдѣлу странгуляціоннаго *ileus'a*, но имѣющіе общую съ *volvulus'ами* этиологию, мы получимъ уже 28%.

Въ настоящей общей части изложенія *volvulus'овъ* намъ необходимо остановиться еще на патолого-анатомической картинѣ, наблюдающейся при этого рода заболѣваніяхъ въ различныхъ стадіяхъ развитія болѣзни.

Въ этомъ вопросѣ мы должны исходить изъ слѣдующихъ двухъ положеній: существуетъ ли, при наличности *volvulus'a* того или другого участка кишки, циркуляція крови въ послѣднемъ, или же таковая уже прекратилась съ самаго начала заболѣванія. Говоря другими словами, насъ прежде всего интересуетъ степень сжатія или сдавленія сосудовъ захваченнаго *volvulus'омъ* участка кишечника.

Возьмемъ первое положеніе, когда сдавленіе сосудовъ не повлекло за собой остановки кровообращенія въ нихъ. Уже а priori можно сказать, что кишечная стѣнка въ этомъ случаѣ можетъ болѣе или менѣе продолжительное время оставаться безъ какихъ-либо особенныхъ измѣненій и даже не терять своей способности къ перистальтическимъ движеніямъ. Въ доказательство вышеизложеннаго привожу данныя изъ одного нашего скорбнаго листа, гдѣ наблюдалась у больного перистальтика тонкихъ кишекъ еще въ концѣ 4-го дня послѣ заболѣванія. Въ тотъ же день больному была сдѣлана *laparotomia*:

„По вскрытіи брюшины вышли красныя разбухшія петли тонкихъ кишекъ, съ налившимися сосудами, плохо спадающіяся. Повидимому, брыжейка ихъ повернулась, и возлѣ *duodenum* за нее вошли петли тонкихъ кишекъ, которыя пришлось вытягивать, какъ изъ кармана“. — Листокъ за 1900 г., № 151.

Случай окончился выздоровленіемъ больного.

Привожу и другой случай, гдѣ на 9-й день послѣ заболѣванія приступлено къ *laparotomii*.

„По вскрытіи брюшины показались тонкія кишки, сильно вздутыя, гиперемированныя, мѣстами съ темно-сѣрыми пятнами. *Serosa* ихъ нѣсколько потеряла блескъ, мѣстами разорвана, мѣстами покрыта фибриномъ. Тонкія кишки оказались перевернутыми на брыжейкѣ 1½ раза вокругъ оси. Подъ этой брыжейкой находилась сдавленная тонкая кишка. Кишки развернуты, вправлены обратно, но онѣ не имѣли наклонности къ спаденію“. — Листокъ за 1899 г., № 145.

Случай также окончился выздоровленіемъ больного.

Такимъ образомъ, мы убѣждаемся, что даже на 5-я сутки наблюдалась только сильная гиперемія кишекъ, а на 9-я кишки были также гиперемированы, *serosa* ихъ мѣстами разорвана, мѣстами покрыта фибриномъ, но въ общемъ только нѣсколько потеряла блескъ. Само собой разумѣется, что въ концѣ концовъ, вслѣдствіе нарастающаго затрудненія въ кровообращеніи, можетъ появиться гангрена кишки съ ея прободеніемъ и т. д.

Совершенно иное положеніе вещей мы встрѣчаемъ въ случаяхъ *volvulus'овъ*, сопровождающихся полнымъ сдавленіемъ кишечныхъ сосудовъ, влекущимъ за собой остановку кровообращенія въ кишечной стѣнкѣ. Здѣсь одна патолого-

анатомическая картина быстро смѣняется другой. Вслѣдъ за прекращеніемъ кровообращенія въ стѣнкѣ кишки, быстро наступаетъ венозный застой ея, а затѣмъ и геморрагическій инфарктъ, съ изліяніемъ кровянистой жидкости какъ въ полость кишки, такъ и въ брюшную полость. Въ это время кишка уже теряетъ свой блескъ, дѣлается мутной, принимаетъ почти бурокрасный цвѣтъ и парализуется. При дальнѣйшемъ теченіи volvulus'a могутъ наступить разрывы слизистой и серозной оболочки и, наконецъ, гангрена большого или меньшаго участка кишечника.

Для иллюстраціи патолого-анатомической картины этого ряда volvulus'овъ, я позволю себѣ привести здѣсь нѣсколько соотвѣтственныхъ данныхъ.

1) Больной утверждаетъ, что захворалъ только утромъ въ день поступленія въ больницу. Стулъ до дня заболѣванія былъ нормальный. Немедленно приступлено къ операціи.

„По вскрытіи брюшины, изъ полости ея вытекло около 2-хъ стакановъ серозно-кровоанной жидкости; появилась очень сильно вздутая, совершенно омертвѣвшая, сѣро-черная S-romanum, по вынутіи которой изъ брюшной полости, можно было видѣть мѣсто заворота, при чемъ кишка повернулась справа налѣво въ $1\frac{1}{2}$ оборота. Поверхности S-romanum мѣстами спаяны между собой; между этими спайками на кишкѣ и брыжжейкѣ ея, тоже совершенно омертвѣвшей, находятся большіе, чернаго цвѣта, фибриновые сгустки“.—Листокъ за 1899 г., № 126.

Случай окончился смертью.

2) Больная 4 дня не имѣла стула, послѣдніе 2 дня безпрерывныя боли въ животѣ. Въ тотъ же день была произведена laparotomia.

„Въ полости живота большое колич. кровянисто-грязной, вонючей жидкости. Въ заднемъ Дугласѣ тонкія кишки повернулись 2 раза вокругъ брыжжейки. Петли кишечника (ilei), длиной около 3-хъ арш., чернаго цвѣта“.—Листокъ за 1903 г., № 144.

Случай окончился смертью.

Такимъ образомъ, сравнивая между собой вышеприведенныя патолого-анатомическія картины мы видимъ, что въ первыхъ двухъ, развившихся въ теченіе 4-хъ и 9-ти сутокъ, отсутствуютъ признаки гангрены кишки, тогда какъ въ двухъ послѣднихъ налицо полная гангрена кишки, образовавшаяся въ теченіе $\frac{1}{2}$ —2-хъ сутокъ. Объясненіе этого

нужно, конечно, искать въ интенсивности сдавленія кишечныхъ сосудовъ, какъ мы уже объ этомъ и раньше говорили.

Этими общими предварительными данными о volvulus'ахъ мы и ограничимся и перейдемъ теперь къ разбору ихъ отдѣльныхъ видовъ.

Всего такихъ видовъ у насъ имѣется 3: а) 19 volvulus'овъ flexurae sigmoideae, б) 18 volvulus'овъ intestinorum tenuum. и в) 2 volvulus'a intestini coeci et colonis ascendentis. Кроме того, у насъ остается еще 6 volvulus'овъ безъ опредѣленія части кишечника, на счетъ которой они были созданы. Изъ всѣхъ имѣющихся у насъ 45 volvulus'овъ большинство—39—констатировано частью во время ихъ оперированія, а частью на аутопси.

Что касается вопроса о сравнительной частотѣ различныхъ видовъ volvulus'овъ кишечника, то въ этомъ отношеніи въ литературѣ указаній почти не имѣется. Нашъ матеріалъ представляетъ слѣдующія цифровыя данныя. На все количество случаевъ кишечной непроходимости—178—приходится: 19 volvulus'овъ flex. sigm., т. е. 10,7%; 18 поворотовъ тонкой кишки, т. е. 10,1%, и всего 2 случая volvulus'овъ coeci et col. ascendentis, т. е. 1,1%. Если мы вычислимъ %-ное отношеніе каждаго вида volvulus'овъ къ общему ихъ количеству 45, то получимъ: volvulus'овъ flex. sigm. 42,2%, volvulus'овъ тонкихъ кишечника—40% и volvulus'овъ coeci et col. ascend.—4,4%.

а) *Volvulus flexurae sigmoideae.*

Это самая большая и интересная группа въ нашемъ матеріалѣ, а потому я и начну свой разборъ съ нея.

По отношенію ко всему количеству нашихъ volvulus'овъ, volvulus'ы flex. sigm., какъ мы выше замѣтили, составляютъ 42,2%. Слѣдовательно, считать volvulus'ы flex. sigm., какъ рѣдко встрѣчающійся видъ, было бы въ настоящее время совершенно неправильнымъ. Между тѣмъ, намъ извѣстно, что сравнительно недавно, а именно, на конгрессѣ хирурговъ въ 1889 г., Z. v. Manteuffel'ю, который тамъ подробно останавливался на разборѣ осевыхъ поворотовъ flex. sigm., доказывали, что это заболѣваніе не можетъ имѣть общаго значенія, какъ

слишкомъ рѣдко наблюдающееся. Однако, дальнѣйшія сообщенія за послѣдующіе годы въ достаточной степени уже убѣдили, какъ своевременно и цѣнно было приведенное сообщеніе. Wilms говоритъ, что болѣе близкое знакомство съ картиной *volvulus'a flex. sigm.* имѣло своимъ послѣдствіемъ и болѣе частыя указанія объ этихъ заболѣваніяхъ изъ клиникъ и больницъ Германіи. Болѣзнь эта встрѣчается относительно чаще въ восточной Пруссіи. И въ Россіи *volvulus flex. sigm.* наблюдается весьма часто, главнымъ образомъ, въ Прибалтійскихъ провинціяхъ и въ Финляндіи, что вполне подтверждается сравнительной статистикой и нашихъ случаевъ (42, 2%).

Общая этиологія *volvulus'овъ flex. sigm.* достаточно выяснена нами въ изложеніи вообще поворотовъ кишекъ, а потому останавливаться на ней здѣсь мы не будемъ.

Перейдемъ теперь къ вопросу о возрастѣ нашихъ больныхъ, у которыхъ наблюдался разбираемый нами видъ поворота кишекъ. Въ этомъ отношеніи мы имѣемъ слѣдующія цифровыя данныя: 16, 17, 26, 33, 36, 38, 38, 43, 43, 45, 49, 50, 59, 60, 60, 62, 66, 67, 67 лѣтъ. Итакъ, самому молодому больному было 16 л., а самому старому 67 л. Если мы примемъ за средній возрастъ 40 л., то получимъ, при сравненіи возрастовъ, до 40 лѣтъ—7 случаевъ, а старше этихъ лѣтъ—12 случаевъ. Изъ такого сопоставленія видно, что *volvulus'ы flex. sigm.* послѣ 40 л. встрѣчаются почти въ 2 раза чаще, чѣмъ до 40 лѣтъ. Если мы въ этомъ отношеніи возьмемъ данныя другихъ авторовъ, какъ, напр., Braun'a, Leichtenstern'a, то и у нихъ большинство *volvulus'овъ flex. sigm.* наблюдается въ старшемъ возрастѣ, именно, у субъектовъ свыше 50 л. Данныя же Curschman'a близко стоятъ къ нашимъ: у него изъ 28 случаевъ одному только больному было 24 г. и другому 37 л., а все остальные имѣли возрастъ отъ 40 до 70 л.

Попытаемся, на основаніи нашего матеріала, выяснить причины такого явленія.

Разсматривая первые 7 случаевъ *volvulus'a flex. sigm.*, у субъектовъ моложе 40 л., мы въ одномъ изъ нихъ, относящемся къ 16-лѣтнему больному, находимъ длин-

ная брыжжейки; въ 2-хъ случаяхъ имѣется указаніе на невоздержность въ пищѣ; въ 2-хъ случаяхъ заболѣваніе наступило послѣ предварительныхъ запоровъ; въ одномъ по вскрытіи оказались рубцы на брыжжейкѣ *flex. sigm.* и, наконецъ, въ послѣднемъ—наличность *herniae lin. albae* и *mesenterium commune*.

Такимъ образомъ, мы видимъ, что въ молодомъ возрастѣ для образованія *volvulus'овъ* преобладающее значеніе имѣютъ врожденныя особенности брыжжеекъ, невоздержность въ ѣдѣ, предшествующіе запоры и т. п. условія, — словомъ, моменты, не носящіе характера какихъ-либо длительныхъ патолого-анатомическихъ имѣненій въ самой брыжжейкѣ, а равно причины совершенно случайнаго характера.

Не перечисляя, съ другой стороны, подробно причины возникновенія *volvulus'овъ flex. sigm.* въ остальныхъ нашихъ 12-ти случаяхъ, мы ограничимся только замѣчаніемъ, что въ большинствѣ изъ нихъ наблюдались патолого-анатомическія измѣненія въ самой брыжжейкѣ, въ смыслѣ прогрессирующаго сморщиванія ея корня. Дѣйствительно, въ пожиломъ возрастѣ вышеупомянутыя измѣненія брыжжейки, подъ влияніемъ различныхъ причинъ, встрѣчаются чаще, а отсюда намъ становится вполне понятной и преобладающая частота вообще *volvulus'овъ* и, въ частности, *flexurae sigm.*, у людей свыше 40 л. отъ роду.

Что касается пола больныхъ, то заболѣванія разсматриваемымъ нами видомъ *volvulus'a* преобладаютъ среди мужчинъ. Такъ, изъ нашихъ 19 *volvulus'овъ flexurae sigm.* 16 найдены были у мужчинъ и всего 3 у женщинъ, что выразится отношеніемъ нѣсколько болѣе 5:1. По Treves'у и Edgren'у, отношеніе мужчинъ къ женщинамъ=4:1; по Leichtenstern'у—73:27, а по Baer'у—3½:1.

Прежде чѣмъ приступить къ описанію своихъ случаевъ *volvulus'овъ flex. sigm.*, я считаю нужнымъ остановиться еще нѣсколько вообще на механизмѣ этого поворота. Происходитъ онъ на счетъ давленія, которое оказываютъ другъ на друга неодинаково наполненныя и различно тяжелыя, длинныя колѣна *flexurae sigm.*, или, точнѣе говоря, ея конечныя, отягощенные каломъ, пункты. Когда, такимъ образомъ, со-

здался поворотъ S-gom., то вслѣдъ за этимъ наступаетъ сильное вздутіе газами оставшейся свободной части толстой кишки, при чемъ послѣдняя, занимая, вслѣдствіе своего вздутія, почти всю полость живота, тѣмъ самымъ еще болѣе фиксируетъ ненормальное положеніе кишки и ея брыжжейки и мѣшаетъ ей развернуться.

Всѣ имѣющіеся у меня скорбные листы съ разсматриваемымъ заболѣваніемъ разбиты мною на 2 группы. Въ первую группу входятъ 10 *volvulus'ovъ flex. sigm.*, сопровождавшіеся въ первые 2—3 дня послѣ заболѣванія полнымъ сдавленіемъ сосудовъ брыжжейки и прекращеніемъ кровообращенія въ соотвѣтствующей части кишки. Вторую группу составляютъ остальные 9 случаевъ *volvulus'a flex. sigm.*, въ которыхъ сдавленіе сосудовъ брыжжейки не было столь сильнымъ, чтобы въ короткое время, въ 2—3 дня, повлечь за собой остановку кровообращенія въ соотвѣтствующемъ участкѣ кишечника.

Остановимся сначала на нѣкоторыхъ случаяхъ первой группы.

1). Больной 38 л. отъ роду, столяръ, поступилъ 1/II-1899 г. съ жалобами на сильныя боли въ животѣ, постоянную рвоту. Больной утверждаетъ, что захворалъ только утромъ въ день поступления въ больницу. Стулъ до дня заболѣванія нормальный, послѣдній разъ наканунѣ.

Больной средняго питанія. Abdomen рѣзко вздутъ и напряженъ, какъ доска, умѣренно болѣзненъ. Въ верхней его части, въ области *colouis transversi*, замѣтна въ поперечномъ направленіи идущая колбасовидная опухоль. Животъ имѣетъ форму купола, верхушка котораго находится въ лѣвой *fossa iliaca* и рѣзко выдается надъ остальной поверхностью *abdominis*. Всюду рѣзкій тимпанитъ. Печень поднята кверху, такъ что тупость ея значительно уменьшена и приподнята. *Pulmones*—всюду везикулярное дыханіе. *Cog*—по всему сердцу второй тонъ замѣненъ шумомъ, усиливающимся на аортѣ и у *manubrium sterni*. Граница—влѣво за сосковую. На каротидахъ диастолическій шумъ. Пульсъ на лѣвой рукѣ меньшаго наполненія, чѣмъ на правой.

Немедленно приступлено къ операци. Сдѣланъ разрѣзъ по срединной линіи, огибающій пупокъ, отъ *process. xiphoid.* внизъ почти до лобка. По вскрытіи брюшины, изъ полости ея вытекло около 2-хъ стакановъ серозно-кровоянистой жидкости. Затѣмъ появилась сильно вздутая, совершенно омертвѣвшая, сѣро-черная

S-gom., по вынутіи которой изъ брюшной полости можно было видѣть мѣсто поворота кишки. Она повернулась справа налѣво въ 1½ оборота. Поверхности S-gom. мѣстами спаяны между собой; между этими спайками на кишкѣ и брыжжейкѣ ея, тоже совершенно омертвѣвшей, находятся большіе, чернаго цвѣта, фибриновые сгустки. Кишка у мѣста перехода ея въ нормальную часть за странгуляціонной бороздой зажата между двумя жомами и отрѣзана. Жомы съ частью еще не совсѣмъ нормальной кишки оставлены внѣ брюшной полости; брыжжейка пришита къ краямъ раны. Наложена сухая повязка.

2/II.—Рвоты не было. Боли въ животѣ продолжаютъ. Сдѣлана перевязка. Просвѣтъ кишки открытъ. Повязка. *Pulsus filiformis. Facies Hippocratica. Цианозъ. Умеръ.*

Всего въ больницѣ пробылъ 18 часовъ. Вскрытіе не было произведено.

Прижизненный діагнозъ—*Volvulus flexurae sigm. Gangraena ejus. Peritonitis seroso-haemorrhagica septica.*

Эта исторія болѣзни представляетъ особый интересъ въ томъ отношеніи, что, несмотря на рано произведенную операцию, спустя нѣсколько часовъ послѣ заболѣванія, случай все-таки окончился смертью больного.

Во время лапаротоміи изъ брюшной полости вытекло около 2-хъ стакановъ серозно-кровоянистой жидкости, а сильно вздутая S-gom. оказалась сѣро-черной, совершенно омертвѣвшей, брыжжейка ея также омертвѣла.

Если мы будемъ считать началомъ болѣзни 8 часовъ утра, а операцию отнесемъ къ 2-мъ часамъ того же дня, то получится промежутокъ въ 6 часовъ, въ теченіе котораго уже успѣло наступить только что указанное омертвѣніе кишки.

По этимъ даннымъ можно судить, насколько было сильно сдавленіе соотвѣтствующей части брыжжейки, и какъ быстро наступила остановка кровообращенія въ ней.

Этотъ случай по столь скоротечному наступленію гангрены кишки является единственнымъ изъ всей разбираемой группы. Къ сожалѣнію, случай этотъ не былъ подвергнутъ вскрытію, которое дало бы намъ всю патолого-анатомическую картину его.

Такимъ образомъ, мы можемъ сказать, что при *volvulus'axъ flexurae sigm.* иногда могутъ попадаться подобные вышеописанному повороты ея, при которыхъ даже немедленно

предпринятое оперативное пособие оказывается уже запоздавшимъ. Тѣмъ не менѣе, операція является и здѣсь единственнымъ рациональнымъ леченіемъ, такъ какъ все-таки случаи выздоровленія больного возможны.

Теперь мы коснемся діагностики даннаго заболѣванія.

Что случай этотъ представлялъ поворотъ S-gom., едва ли въ этомъ можно было сомнѣваться даже при первомъ взглядѣ на больного: животъ имѣлъ форму купола, верхушка котораго находилась въ лѣвой fossa iliaca и рѣзко выдавалась надъ остальной поверхностью брюшныхъ стѣнокъ, — обстоятельство, имѣющее въ діагностическомъ отношеніи рѣшающее значеніе.

Въ этой исторіи болѣзни рельефнѣе, чѣмъ во всемъ отдѣлѣ уже разобранныхъ нами странгуляцій, подчеркнуты признаки Wahl'я, а потому здѣсь болѣе всего удобнымъ будетъ остановиться на общемъ разборѣ этихъ признаковъ.

Уже давно было подмѣчено (Rokitansky, Küttner, Emmert и др.), что нѣкоторые случаи ileus'a сопровождаются локальнымъ метеоризмомъ, при которомъ сильно вздутая кишечная петля при ощупываніи ея даетъ впечатлѣніе резистентной выпуклости большей или меньшей величины. Wahl первый обратилъ вниманіе на то, что подобная кишечная резистентность или эластичность принадлежитъ только формамъ странгуляціоннаго ileus'a, а также и volvulus'амъ. Дальнѣйшими экспериментальными работами Kader'a, а также и клиническими наблюденіями Z. v. Manteuffel'я важность этихъ Валуевскихъ признаковъ была доказана.

При ближайшемъ разсмотрѣніи причинъ, вызывающихъ подобное состояніе кишекъ, оказалось, что эта резистентность создается на счетъ только захваченной въ странгуляцію или въ volvulus части кишечника, при чемъ одна или нѣсколько петель его, сейчасъ же вслѣдъ за этимъ, начинаютъ неуклонно раздуваться и, такимъ образомъ, вздутіе этихъ петель достигаетъ высокихъ предѣловъ и напряженія кишечной стѣнки. Результатомъ этого получается быстро наступающій, въ продолженіе всего лишь нѣсколькихъ часовъ, параличъ кишки, при чемъ въ это же время, благодаря сдавленію соответствующихъ кишечныхъ сосудовъ, появляется

экссудация кровянистой жидкости какъ въ просвѣтъ самой ущемленной кишки, такъ и въ полость брюшины.

Все, только что приведенныя, особенности кишечныхъ петель опредѣляются путемъ простаго осмотра брюшной полости, затѣмъ пальпаціи и перкуссіи.

Такъ, всякая асиметрія поверхности живота или локальный метеоризмъ его, при соответствіи анамнестическихъ данныхъ, до нѣкоторой степени указываетъ на странгуляцію или volvulus кишки. Далѣе, если при помощи пальпаціи мы находимъ резистентность вздутой части кишки и опредѣляемъ контуры ея, то этого уже вполне достаточно, чтобы съ положительностью высказаться о причинѣ этого. Наконецъ, перкуссіей мы устанавливаемъ какъ локальный метеоризмъ, такъ и наличность или отсутствіе экссудата въ просвѣтѣ кишки, а равно и въ полости брюшины.

Все только что изложенное, нужно замѣтить, относится къ случаямъ, захваченнымъ спустя очень короткое время послѣ начала заболѣванія, какъ, напр., въ подлежащей исторіи болѣзни.

Къ сожалѣнію, констатированіе Валуевскихъ признаковъ обычно не удается въ кишечныхъ странгуляціяхъ и volvulus'ахъ, попадающихъ въ больницу. Такъ, по крайней мѣрѣ, въ нашемъ матеріалѣ имѣется всего 4—5 случаевъ, гдѣ болѣе или менѣе опредѣленно приводятся указанія на вышеупомянутыя особенности кишечныхъ петель. Причину этого нужно искать, прежде всего, въ запоздаломъ поступленіи больныхъ, когда уже появились у нихъ болѣе или менѣе выраженные признаки перитонита. Въ такихъ случаяхъ общее вздутіе живота ступенчато картируетъ локальный метеоризмъ и лишаетъ возможности нащупывать резистентность упомянутыхъ кишечныхъ петель и опредѣлять ихъ контуры.

Возвращаемся къ начатому разбору нашего volvulus'a flexurae signi.

Означенный въ лѣвой fossa iliaca рѣзко выдающійся метеоризмъ указываетъ намъ на наличность volvulus'a, именно, flexurae signi., о чемъ говоритъ мѣсто его расположенія. Хотя въ нашей исторіи болѣзни не отмѣчена резистентность означенной выше области, тѣмъ не менѣе, по-

слѣдную нужно признать, въ связи съ анамнестическими данными случая и его теченіемъ.

Острое начало заболѣванія, съ сильными болями въ животѣ и постоянной рвотой, также устанавливаетъ картину поворота S-гоп. Рѣзко вздутый, напряженный, какъ доска, болѣзненный животъ, раздутая colon transversum указывали намъ, въ свою очередь, на значительное развитіе уже явленной воспаленія брюшины.

Теперь намъ остается нѣсколько сказать о характерѣ произведенной операціи.

Въ нашемъ случаѣ, какъ мы видѣли, была произведена резекція кишки, при чемъ приводящій и отводящій концы кишечника были выведены въ рану, а брыжейка ихъ была пришта къ краямъ ея...

Операція резекціи кишки является, вообще, самой радикальной въ большинствѣ случаевъ volvulus'овъ, такъ какъ она исключаетъ возможность рецидивовъ. Но не во всѣхъ случаяхъ она можетъ быть произведена: такъ, напр., при тяжеломъ состояніи больного, наличности сильно развитого общаго перитонита, обширности омертвѣнія брыжейки и т. п. моментахъ. При послѣднихъ обстоятельствахъ лучше ограничиться деторзіей кишки и ея фиксаціей, или искусственнымъ заднимъ проходомъ.

Изъ всѣхъ нашихъ volvulus'овъ flex. sigm. резекція кишки была произведена только въ разбираемомъ случаѣ, при чемъ, какъ мы видѣли, концы резецированной кишки были выведены наружу. Что же касается резекціи кишки съ непосредственнымъ соединеніемъ ея концовъ въ брюшной полости, то такихъ операцій въ нашемъ матеріалѣ совершенно не имѣется. По вычисленіямъ Kuhn'a въ 20 случаяхъ резекціи имѣлось 55% выздоровленій.

2) Больной 45 л. отъ роду, чернорабочій, поступилъ 25/1-1894 г. съ жалобами на появившіяся 2 дня т. н. рѣзи въ животѣ, вначалѣ слабыя, затѣмъ усилившіяся; столько же времени не было стула и отхожденія газовъ per anum. До этого былъ совершенно здоровъ.

Больной удовлетворительнаго питанія. Глаза нѣсколько впали, ціанотическій оттѣнокъ лица и конечностей. Abdomen сильно вздутъ, всюду тимпаниченъ; только въ нижней части слѣва при-

тупленно-высоко-тимпаниченъ. Стѣнки живота рѣзко напряжены, всюду значительно чувствительны при ощупываніи, особенно въ лѣвой половинѣ, ниже пупочной линіи. Желудокъ рѣзко выпячивается, нижняя граница видна на уровнѣ пупка; оба подреберья даютъ при перкуссии тимпанитъ, прикрывающій область печени и селезенки. Паховыя отверстія свободны, открыты. Рвоты нѣтъ. Сдѣланы три высокія клизмы; послѣ второй вышла вода, окрашенная каломъ, съ примѣсью комочковъ слизи, отошло немного газовъ. Ложные позывы на низъ съ болевыми тенезмами. Пульсъ 68, нѣсколько неровный. Къ вечеру напряженіе стѣнокъ увеличилось. Правая половина живота и область colonis transversi особенно вздуты. По ходу colonis descenditis наблюдается нѣкоторое западеніе, и звукъ здѣсь нѣсколько заглушенъ.

Вечеромъ была сдѣлана laparotomia, при чемъ оказалось, что S-гоп. и нисходящая часть colonis были повернуты справа на лѣво, раздуты газами до величины доношеннаго плода и лежали больше къ средней линіи, заходя даже за нее. Въ полости брюшины находилась кровянистая жидкость до 1½ стакана съ каловымъ запахомъ. Сероза вышеуказанныхъ кишекъ сильно застойная, тусклая, мѣстами съ экстравазатами до величины 20-ти копеечной серебр. монеты, мѣстами спаяна. Спайки были, по возможности, всѣ разрѣзаны; послѣ прокола иглой Праваца, изъ вздутыхъ кишекъ сталъ выдѣляться вониючій газъ, но очень медленно; былъ сдѣланъ небольшой разрѣзъ colon. descend. и выпущенъ весь газъ. Тонкія кишки не были вздуты. По наложеніи швовъ на разрѣзъ кишки и на брюшную рану, была наложена повязка.

27/1.—Ночь провелъ довольно спокойно; утромъ появились обильныя жидкія испраженія подъ себя; слабость, тошнота. Пульсъ 160, малый, съ перебойми; дыханіе 40. Вечеромъ t° норм. Слабость увеличилась; появилась рвота бурными массаами; ціанозъ; пульсъ не прощупывается. Умеръ.

Прижизненный діагнозъ: Volvulus. Peritonitis septica.

Посмертный: Peritonitis septica post volvulum. Peritonitis chronica adhaesiva.

Нѣкоторыя важныя патолого-анатомическія данныя:

Въ полости сильно вздутаго живота 500 граммъ грязной, краснубурой жидкости. S-гоп. въ высокой степени вздута, serosa, ее покрывающая, грязно-зеленая, мѣстами темно-или черно-красная; брыжейка S-гоп. длинная—17 снт., утолщена, съ многочисленными рубцами; клѣтчатка подъ брюшиной брыжейки инфильтрована кровью и нѣсколько отечна. Тонкія кишки умѣренно вздуты, serosa ихъ слегка гиперемирована; желудокъ вздутъ. Желчный пузырь приращенъ къ mesocol. transversi ложными пе-

репонками; препятствій въ кишкахъ нигдѣ не замѣчается. Слизистая въ нижней половинѣ *colonis descend.* нѣсколько гиперемирована, въ самой нижней части отечна, у перехода въ *S-rom.*, а также и на всемъ ея протяженіи, утолщена, съ темно-красными сливающимися островками, между которыми западающая слизистая истончена, мѣстами грязно-сѣрая, мѣстами грязно-зеленая, омертвѣвшая. Такимъ образомъ, измѣненная слизистая рѣзко отграничена неправильной демаркаціонной линіей какъ отъ слизистой *recti.*, такъ и отъ *colonis descend.*; на границѣ съ послѣдней въ ней потеря слизистой оболочки...

Интересъ приведенной исторіи болѣзни заключается въ томъ, что здѣсь имѣется случай поворота *flexurae sigm.*, которая, благодаря длинной брыжжейкѣ—17 снт. и сильному своему вздутію—до величины доношеннаго плода, лежала больше къ средней линіи и заходила даже за нее; по ходу же *colon. descend.* наблюдалось нѣкоторое западеніе, и звукъ здѣсь былъ нѣсколько заглушенъ.

Въ предыдущей исторіи болѣзни мы видѣли какъ разъ обратное, т. е. сильно вздутая *flexura sigm.* располагалась въ обычномъ для нея мѣстѣ, на счетъ чего и создавался *in fossa iliaca sin.* локальный метеоризмъ, сильно выпячивавшій въ этой области покровы живота.

Просматривая все наши случаи *volvulus'овъ flexurae sigm.*, мы среди нихъ имѣемъ отмѣченными въ 5 исторіяхъ болѣзни выпячиваніе вздутыхъ кишекъ справа, т. е. въ области *col. ascendentis* и отчасти *colonis transversi*, въ 4-хъ же случаяхъ это выпячиваніе обозначено въ области *flexurae sigm.* Въ 2-хъ случаяхъ изъ первыхъ 5-ти исторій болѣзни мы имѣемъ указанія на длинную брыжжейку *flexurae sigm.*, а потому позволительно будетъ здѣсь замѣтить, что въ вышеуказанныхъ перемѣщеніяхъ *flex. sigm.* вправо главную роль и играетъ, повидимому, означенная длина брыжжейки.

Такимъ образомъ, принявъ во вниманіе это послѣднее обстоятельство, мы должны смотрѣть на нѣкоторое западеніе по ходу *colon. descend.*, какъ на данное, нисколько не противорѣчащее наличности *volvulus'a flex. sigm.*

Въ разбираемой исторіи болѣзни представляютъ интересъ также и данныя перкуссіи: „Abdomen сильно вздуть, всюду тимпаниченъ; только въ нижней части слѣва притупленно-

высоко-тимпаниченъ“... Эта притупленно-высокая тимпаничность, наряду съ общимъ метеоризмомъ живота, знаменательна въ томъ отношеніи, что она опредѣляетъ присутствіе эксудата въ полости брюшины.

Въ общемъ отдѣлѣ странгуляцій мы уже говорили, что нѣкоторыми авторами, какъ *Vraun, Bauger, Цейдлеръ*, присутствію означеннаго эксудата придается особенное значеніе, какъ признаку кишечной странгуляціи. Насколько часто признакъ этотъ встрѣчается въ отдѣлѣ *volvulus'овъ flex. sigm.*, можно судить по тому, что изъ 19 случаевъ эксудатъ былъ констатированъ въ 13, т. е. больше, чѣмъ въ $\frac{2}{3}$.

Что касается вопроса, вызывается ли эта притупленно-высокая тимпаничность эксудатомъ, находящимся въ просвѣтѣ странгулированной кишки, или помѣщающимся въ полости *peritonei*, или же, наконецъ, тѣмъ и другимъ совмѣстно,—то разрѣшеніе его зависитъ всецѣло отъ детальнаго изслѣдованія больного. Допустимъ, что эксудатъ помѣщается только въ просвѣтѣ кишки,—тогда мы будемъ имѣть, при всевозможныхъ положеніяхъ больного, всегда и на одномъ и томъ же мѣстѣ притупленно-тимпанической тонъ. Въ тѣхъ же случаяхъ, когда эксудатъ расположенъ вообще въ полости брюшины, то при положеніи больного на боку, противоположномъ мѣсту нахождения эксудата, мы здѣсь уже не найдемъ означеннаго притупленія. Иногда же, при существованіи наружныхъ грыжъ можно, при стоячемъ положеніи больного, констатировать въ грыжевыхъ мѣшкахъ эксудатъ, понавшій туда изъ брюшной полости.

Къ особенностямъ приведенной исторіи болѣзни нужно отнести еще отсутствіе указанія въ ней на рвоту въ теченіе всего заболѣванія. Во всехъ нашихъ 19 *volvulus'ахъ* инициальная рвота наблюдалась въ 12 случаяхъ, изъ которыхъ въ 3-хъ она продолжалась въ теченіе всего заболѣванія, не доходя ни разу до каловой; въ одномъ случаѣ она наступила въ срединѣ заболѣванія.

Мы неоднократно уже говорили о причинахъ какъ той, такъ и другой рвоты, а потому здѣсь на этомъ останавливаться не будемъ. Насколько часто наблюдается вообще рвота при *volvulus'ахъ flex. sigm.*, можно судить по даннымъ

Bergmann'a, который имѣлъ ее въ 10 случ. изъ 15, Treves'a, наблюдавшаго ее въ 20 случаяхъ 17 разъ, и Obalinsky, отмѣтившаго ее 9 разъ изъ 19 случаевъ. Слѣдовательно, особеннаго какого-либо значенія, какъ по времени наступленія, такъ и по своему характеру, рвота при volvulus'ахъ flex. sigm. не имѣетъ; въ смыслѣ же частоты ея она встрѣчается въ значительно преобладающемъ большинствѣ случаевъ.

Что касается произведенной въ данномъ случаѣ операци, то послѣдняя свелась къ простому раскручиванію поворота flexurae sigm. послѣ предварительнаго разсѣченія спаекъ и удаленія черезъ разрѣзъ кишки газовъ. Между тѣмъ, изъ представленной нами выше патолого-анатомической картины явствуется, что стѣнка означенной кишки носила уже слѣды начавшагося омертвѣнія, слѣдовательно, ограничиваться здѣсь только деторзіей ея и закрытіемъ наглухо брюшной раны представлялось дѣломъ ошибочнымъ. Принимая во вниманіе общее состояніе больного и явленія развившагося peritonit'a, производство здѣсь радикальной операци, т. е. резекціи S-gom., также было противопоказано. Такимъ образомъ, соотвѣтственно данному случаю, лучше всего было бы остановиться на образованіи anus praeternaturalis, по предварительномъ выведеніи кишки наружу черезъ рану и пришитіи обоихъ перитонеальныхъ листковъ брыжжейки къ peritonium parietale и брюшной стѣнкѣ.

Здѣсь кстати будетъ коснуться вообще вопроса о деторзіи кишки при volvulus'ахъ flexurae sigm. и фиксаціи послѣдней въ брюшной полости, съ цѣлью предупрежденія возможныхъ рецидивовъ этихъ поворотовъ.

Изъ всѣхъ нашихъ 19 случаевъ volvulus'овъ S-gom. оперированныхъ было 11, при чемъ одна была извѣстная уже намъ резекціа, въ одной операци успѣли сдѣлать только кожно-мышечный разрѣзъ стѣнки живота, вслѣдъ за которымъ больной умеръ подъ хлороформнымъ наркозомъ, въ остальныхъ же 9 случаяхъ была произведена laparotomia съ деторзіей flexurae sigm. Изъ этихъ 9 случаевъ въ 5-ти кишка была оставлена въ брюшной полости, при чемъ въ 3-хъ изъ нихъ операционная рана живота была наглухо зашита, что мы уже видѣли въ одномъ представленномъ нами случаѣ, въ

остальныхъ же двухъ—были введены тампоны. Въ 4-хъ оставшихся случаяхъ былъ образованъ anus praeternaturalis послѣ предварительнаго выведенія кишки наружу и вшитія ея брыжжейки въ брюшную рану. Во всѣхъ случаяхъ былъ сдѣланъ продольный разрѣзъ брюшной полости—отъ processus xurphoideus почти до mons Veneris—по бѣлой линіи, въ трехъ былъ прибавленъ еще и поперечный разрѣзъ отъ срединной линіи въ направленіи къ flexurae sigm. Всѣ 11 оперированныхъ случаевъ окончились смертью.

Невольно задаешься вопросомъ, не лежитъ ли причина такого печальнаго исхода операци въ ихъ нецѣлесообразномъ выборѣ и примѣненіи, и такъ какъ у насъ все дѣло сводилось, главнымъ образомъ, къ расправленію flex. sigm., то не въ этомъ ли и заключается наша вина.

Однако, статистика Kuhn'a даетъ намъ совершенно иные результаты исхода volvulus'овъ flex. sigm., гдѣ было примѣнено во время лапаротоміи только раскручиваніе кишки. По этимъ даннымъ оказывается, что изъ 57 случаевъ 33 закончились выздоровленіемъ, т. е. 57,9%.

Если мы обратимъ вниманіе, на какой день въ нашихъ случаяхъ volvulus'овъ было оказано оперативное пособіе, то увидимъ изъ приводимой ниже таблички слѣдующее:

	Число дней, провед. больнымъ дома, послѣ начала болѣз. до поступ. въ больницу.	Число дней, спустя кот. было оказано оператив. пособіе, включая время, проведенное больнымъ дома.	ИСХОДЪ
1-й случ.	2 дн.	3 дн.	Всѣ случаи окончились смертью.
2-й "	2 "	4 "	
3-й "	2 "	5 "	
4-й "	3 "	4 "	
5-й "	3 "	9 "	
6-й "	4 "	7 "	
7-й "	5 "	6 "	
8-й "	7 "	4 часа	
9-й "	8 "	8 дн.	
10-й "	10 "	11 "	
11-й "	Всего нѣсколько часовъ, 1—2.	6 час.	

Изъ приведенныхъ данныхъ не трудно теперь замѣтить, что столь безотрадный исходъ всѣхъ предпринятыхъ здѣсь опера-

цій зависѣль, прежде всего, отъ слишкомъ поздняго поступленія больныхъ; затѣмъ, отчасти, отъ промедленія въ подачѣ оперативнаго пособия и, наконецъ, отъ остраго теченія нѣкоторыхъ случаевъ, въ зависимости отъ степени сдавленія сосудовъ брыжжейки. Такимъ образомъ, мы видимъ, что выборъ той или другой операціи не могъ играть здѣсь сколько-нибудь значительной роли.

Среди нашихъ оперированныхъ случаевъ имѣется только одинъ рецидивнаго *volvulus'a flex. sigm.*, который былъ оперированъ въ первый разъ 6 л. т. н. Этотъ случай говоритъ намъ о необходимости фиксировать брыжжейку при деторзіяхъ *volvulus'овъ flexurae sigm.*, послѣ того, какъ она была расправлена, какового вопроса мы здѣсь нѣсколько и коснемся.

Было предложено много способовъ фиксаціи брыжжейки *flexurae sigm.* Такъ, Nussbaum рекомендуетъ фиксировать ее къ стѣнкѣ живота посредствомъ нѣсколькихъ швовъ. Roser предлагаетъ прикрѣплять брыжжейку *flex. sigm.* къ брюшинѣ, Roux фиксируетъ *mesosigmoideum* къ передней стѣнкѣ живота и т. д. Wilms говоритъ, что всѣ эти способы фиксаціи *flex. sigm.* имѣютъ тотъ общій недостатокъ, что они могутъ послужить причиной появленія перетяжекъ въ мѣстахъ прикрѣпленія швами кишечной стѣнки къ той или другой части брюшной полости и, такимъ образомъ, вызвать кишечныя странгуляціи. Чтобы избѣжать этого, онъ совѣтуетъ въ первое время послѣ фиксаціи кишки, для устранения сильныхъ перистальтическихъ движеній ея, способствующихъ появленію соединит.-тканыхъ тяжей въ мѣстахъ фиксаціи, держать болѣе долгое время газоотводную трубку для равномернаго опорожненія кишечника.

Намъ остается еще сказать о длинныхъ разрѣзахъ брюшной стѣнки по бѣлой линіи, а иногда и добавляемыхъ къ нимъ поперечныхъ разрѣзахъ, о которыхъ мы раньше упоминали. Разрѣзы эти вызывается какъ величиной сильно вздутой *flex. sigm.* при ея поворотахъ, такъ и желаніемъ оператора лучше ориентироваться въ положеніи брыжжейки означенной кишки и болѣе свободно манипулировать съ ней.

Перехожу теперь къ описанію 2-й группы *volvulus'овъ flex. sigm.*, съ болѣе медленнымъ теченіемъ ихъ.

1) Больной 60 л. отъ роду, чернорабочій, поступилъ 16/vi-1904 г. съ жалобами на появившіяся сначала боли въ животѣ, запоръ, отсутствіе отхожденія газовъ, затѣмъ сильно вздутый животъ, незначительную одышку. Считаетъ себя больнымъ 10 дней. Боли въ животѣ не особенно интенсивныя, распространяющіяся на весь животъ. Локализованныхъ болей нѣтъ. За послѣдніе дни рвота послѣ пищи. Каловой рвоты не было. До этого чувствовалъ себя совершенно здоровымъ.

Больной подорваннаго питанія. Сосуды рѣзко склерозированы, на ногахъ незначительные отеки. *Foetor ex ore.* Со стороны легкихъ и сердца ничего особеннаго не замѣчается. *Нераг* съ 4-го ребра, не доходитъ пальца на 2 до края реберъ. *Lien* не прощупывается.

Abdomen. Діафрагма стоитъ высоко, животъ сильнѣйшимъ образомъ вздутъ, мало болѣзненъ, по всему протяженію рѣзкій тимпанитъ. По временамъ на немъ замѣтны вздувающіеся бугры величиной съ головку ребенка. Болѣзненности локализованной нѣтъ, притупленія также. Жидкость не опредѣляется.

17/vi.—Стула не было, пульсъ 100, удовлетворительный. Животъ вздутъ по прежнему, безболѣзненъ, всюду рѣзкій тимпанитъ. Задній проходъ и *rectum* свободны. Переводится на хирургическ. отдѣленіе.

Въ животѣ замѣчается ассиметрія, правая половина, ближе къ подреберью, выступаетъ больше, что особенно ясно, когда появляется перистальтика; напряженіе же повсюду одинаково.

Подъ хлороформнымъ наркозомъ сдѣлана лапаротомія и расправленіе заворота S-образной кривизны, которая была колоссально раздута и напряжена, такъ что для выведенія ея потребовалось продолжить разрѣзъ на 2 пальца выше пупка. Еще до ея освобожденія можно было убѣдиться, что обѣ ея ножки и брыжжейка перевернуты у синхондроза. Заворотъ произошелъ слѣва направо и сдѣлалъ болѣе одного оборота. По расправленіи толстая кишка вздулась еще больше. Черезъ вставленную въ *rectum* эластическую трубку отошло очень много газовъ и показался жидкій калъ, который вымывался нѣкоторое время теплымъ борнымъ растворомъ. Послѣ этого кишка спалась и легко введена обратно. *Serosa* вообще умѣренно инъецирована, было не большое количество прозрачной жидкости. Послѣ того, какъ больной пришелъ въ себя, вышло еще много жидкаго кала.

18/—Рвоты не было, за ночь выдѣлялось очень много кала; пульсъ частый, но твердый.

19.—На боли не жалуется, рвоты нѣтъ, ѣлъ бульонъ. Стулъ 2 раза, пульсъ 120, полный.

20.— Два раза ходилъ на низъ; много хриповъ въ лѣвомъ легкомъ, плохо откашливаетъ. Т° повысилась, очень частый пульсъ, до 140.

21.— Вечеромъ т° поднялась до 39°. Откашливаетъ мало. Пульсъ 130, слабый. Отечные хрипы, небольшая желтуха. Животъ умѣренно тимпаниченъ, боли и рвоты нѣтъ. Умеръ.

Прижизненный диагнозъ: *Volvulus flex. sigmoideae*.

Посмертный: *Peritonitis adhaesiva chron. et fibriosa acuta. Pneumonia cruposa lobii infer. pulmonis sin. et partialis pulm. d. Pleuritis fibrinosa sicca bilateralis. Polypus myomatosus ventriculi. Arteriosclerosis. Icterus universalis.*

Нѣкоторыя патолого-анатомическія данныя:

Въ полости живота до 50,0 серозной, красноватой жидкости. *Flexura sigm.* рѣзко вздута, особенно въ *crus sin.* и лежитъ въ правой половинѣ живота; *colon descendens* въ спавшемся состояніи. Умѣренно вздутыя тонкія кишки лежатъ въ нижней лѣвой четверти живота въ мѣстѣ *flex. sigm.* *Colon ascendens* снаружи сращена соединительно-тканной перепонкой съ ближайшими стѣнками живота и съ желчнымъ пузыремъ. Брыжжейка *flexurae sigm.* длинная, сероза ея рѣзко утолщена, бѣлаго цвѣта. Конечная часть *ilei* сращена у основанія съ брыжжейкой *flexurae sigm.* Между ножками *flex. sigm.* соединительно-тканныя сращения. Желудокъ отдавленъ кверху кзади рѣзко вздутыми кишками. Сероза кишекъ et *peritonei parietalis* тусклая, гиперемированная, покрыта мѣстами фибриномъ. Слизистая *flex. sigm.* на всемъ протяженіи безъ особыхъ измѣненій...

Въ подлежащей исторіи болѣзни мы имѣемъ полную картину кишечной непроходимости, или, лучше сказать, у насъ налицо весь симптомокомплексъ, свойственный *ileus'u*, включая сюда и кишечную перистальтику. Въ наличности этой перистальтики и заключается весь интересъ даннаго случая.

До сихъ поръ, въ разобранныхъ уже нами исторіяхъ болѣзни, мы ни разу не наталкивались на это обстоятельство. Просматривая всѣ наши 19 случаевъ *volvulus'овъ flex. sigm.*, мы только въ 2-хъ исторіяхъ болѣзни встрѣтили указанія на кишечную перистальтику. Одинъ изъ этихъ случаевъ представляетъ разбираемая исторія болѣзни, а другой—неоперированный *volvulus*, закончившійся выздоровленіемъ больного.

Имѣя въ виду, что на 19 вышеуказанныхъ *volvulus'овъ* приходится всего 1 выздоровленіе, которое и падаетъ на случай, сопровождавшійся кишечной перистальтикой, можно уже а priori сказать, что послѣдняя при *volvulus'ахъ flex. sigm.* является однимъ изъ благоприятныхъ прогностическихъ признаковъ.

Хотя подлежащій случай съ кишечной перистальтикой окончился смертью больного, но нужно помнить, что этотъ исходъ наступилъ черезъ сравнительно долгій промежутокъ времени—почти 2½ недѣли послѣ начала заболѣванія. Данныя вскрытія также показываютъ сравнительно небольшія измѣненія въ органахъ брюшной полости, наступившія подъ вліяніемъ перитонита. Наконецъ, если присоединить ко всему этому, что нашъ случай осложнился еще и крупозной пневмоніей, которая сама уже по себѣ могла вызвать смерть больного, то выше приданное нами кишечной перистальтикѣ благоприятное значеніе не теряетъ здѣсь своего смысла.

Само собой разумѣется, что существованіе означенной кишечной перистальтики служитъ указаніемъ на слабое сдавленіе сосудовъ участка кишечника, захваченнаго *volvulus'омъ*. Кровообращеніе въ такомъ участкѣ кишки, какъ мы уже говорили объ этомъ выше, не прекращается. И дѣйствительно, патолого-анатомическая картина *flex. sigm.*, сдѣлавшей болѣе одного оборота по брыжжеечной оси, носить преимущественно характеръ давнихъ измѣненій: сероза ея рѣзко утолщена, бѣлаго цвѣта, между ножками *flex. sigm.* соединительно-тканныя разращенія, слизистая же ея на всемъ протяженіи безъ особыхъ перемѣнъ.

Этіологія даннаго поворота *flex. sigm.* явствуетъ изъ только что приведеннаго описанія измѣненій ея, а также и изъ указанія на то, что брыжжейка ея длинная.

Что касается дифференціальной діагностики нашего случая, то въ этомъ отношеніи намъ приходится сказать немногое. Здѣсь можно только говорить о наличности симптомовъ *ileus'a*, при томъ механическаго. Отнести же его именно къ странгуляціонной формѣ не было достаточныхъ оснований какъ со стороны анамнеза, такъ и вообще клинической его картины. Скорѣе всего, случай этотъ напоминалъ

намъ по своему продолжительному течению и сопровождавшей его все время кишечной перистальтикѣ обтураціонную форму ileus'a, при чемъ обтурація кишки, повидимому, располагалась въ правой половинѣ живота. За это говорили сильнѣе выраженная кишечная перистальтика въ этой части брюшной полости и большее здѣсь вздутіе ея. Словомъ, предлежащій *volvulus flex. sigm.* могъ трактоваться скорѣе всего какъ обтураціонный ileus, а слѣдовательно и показаніе къ немедленному производству операціи какъ бы отпадало. *Laparotomia* же выяснила намъ, что у насъ имѣлся чистый случай *volvulus'a*, гдѣ показаніе къ экстренной операціи было внѣ всякихъ сомнѣній.

Такимъ образомъ, случай этотъ также можетъ служить яркой иллюстраціей того, о чемъ мы уже раньше говорили, именно, что и обтураціонные ileus'ы необходимо оперировать какъ можно скорѣе, такъ какъ нѣкоторыя странгуляціи, а равно и *volvulus'ы* кишекъ, могутъ протекать подъ видомъ обтураціи.

2) Больной 66 л., чернорабочій, поступилъ 8/v-1903 г. съ жалобами на боли въ лѣвой половинѣ живота, продолжающіяся 3 дня. 2 года т. н. лежалъ въ Маріинской болън. съ подобнымъ же заболѣваніемъ. Спиртными напитками не злоупотреблялъ, сифилисъ отрицаетъ.

Больной удовлетворительнаго питанія. *Abdomen* значительно вздутъ, *colon transversum* и *descendens* ясно обрисовываются. Животъ болѣзненъ въ области *flexurae sigm.* Стулъ задержанъ 3-й день, вѣтры не отходятъ. Зондъ проникаетъ свободно *per rectum*. Благодаря промывательнымъ стали отходить газы при незначительномъ отдѣленіи кала; животъ уменьшился въ размѣрѣ.

9-12/v.—Вздутіе живота увеличилось на счетъ растяженія *col. ascendens*. Боли въ животѣ значительныя, вѣтровъ и стула нѣтъ.

13.—Вздутіе живота нѣсколько меньше, выражено на счетъ *col. ascendens et transversi*; въ области *flex. sigm.* впадина, ощупать ничего не удается. Пульсъ хорошаго наполненія. Больной готовится къ операціи.

14. Подъ хлороформн. наркозомъ сдѣлана *laparotomia*. Въ полости живота соломенно-желтая жидкость. Положеніе тонкихъ кишекъ являлось ненормальнымъ въ томъ отношеніи, что онѣ перенесли за нисходящую часть *colonis*, отодвинувъ *flexur. sigm.* вправо; благодаря тому, что *flexur. sigm.* пришла въ ненормальное положеніе, образовавъ у своего основанія перегибъ, явилась

непроходимость въ нижней части *flex. sigm.* Вздутіе *colon. ascend.* и *flex. sigm.* было значительнымъ, пришлось сдѣлать проколъ кишки (*flex. sigm.*), кишка спалась; кишечникъ былъ приведенъ въ нормальное положеніе, для чего потребовалось сдѣлать еще поперечный разрѣзъ брюшной стѣнки отъ срединной линіи пальца на 3 ниже пупка. Рана зашита съ тампономъ.

15-16.—Вѣтры не отходятъ, стула не было; повязка промокла, края раны гиперемированы.

17.—Была рвота, п. 128, слабый.

18-20.—Животъ вздутъ, частая рвота, более въ животѣ не чувствуетъ, пульсъ слабый.

21.—Повязка промокла, тампонъ вынуть, смоченъ гноемъ.

22-24.—Общее состояніе ухудшается, больной временами бредитъ. Икота.

25.—*Status gravis*. Умеръ.

Прижизненный діагнозъ: *Volvulus flexurae sigm. Peritonitis. septicaemia.*

Посмертный: *Peritonitis suppurat. acuta post volvulum. Septicaemia.*

Нѣкоторыя патолого-анатомическія данныя:

Толстыя кишки, особенно *colon transvers.*, рѣзко вздуты, тонкія кишки вздуты въ меньшей степени. Брыжжейка *flexurae sigm.* на обѣихъ поверхностяхъ ея покрыта плотными фиброзными рубцами; *serosa flex. sigm.* мѣстами черная, мѣстами сѣрая. *Serosa* остальныхъ кишекъ гиперемирована, тусклая, покрыта фибриномъ. Слизистая *flex. sigm.* гиперемирована, съ экстраватами, сѣрая, мѣстами черная; слизистая *ilei* гиперемирована по складкамъ...

Въ предлежащей исторіи болѣзни, какъ и въ предыдущей, прежде всего обращаетъ на себя вниманіе ея продолжительность, равная 20 днямъ. По столь длительному теченію она является единственной изъ всѣхъ случаевъ *volvulus'a flexurae sigm.*

Причина этого, конечно, лежитъ въ вышеприведенномъ способѣ образованія даннаго *volvulus'a*, т. е. въ смѣщеніи *flexurae sigm.* вправо и послѣдовательномъ перегибѣ ея, вслѣдствіе чего сильнаго сдавленія сосудовъ брыжжейки не наступило.

Какъ нами было уже раньше замѣчено, случай этотъ представляетъ поворотъ *flexurae sigm.* по собственной оси, а не по оси брыжжейки. Результатомъ такого состоянія сосудовъ,

когда кровообращение не прекращается въ захваченномъ *volvulus'*омъ участкѣ кишки, будетъ продолжительная устойчивость стѣнки кишки въ смыслѣ ея гангрены, о чемъ мы уже раньше говорили. Конечно, въ концѣ концовъ, подъ влияніемъ прогрессирующаго воспаления какъ стѣнки кишки, такъ и ея брыжжейки, а также и вздутія кишки до крайнихъ предѣловъ, все-таки должна будетъ наступить гангрена ея. Здѣсь мы это и видимъ. Въ то время какъ „serosa остальныхъ кишекъ гиперемирована, тусклая, покрыта фибриномъ, serosa flex. sigm. мѣстами черная, мѣстами сѣрая“. Далѣе, „слизистая flex. sigm. сѣрая, мѣстами черная, слизистая же ilei гиперемирована по складкамъ“...и т. д.

О томъ же свидѣлствуетъ и клиническая картина даннаго случая.

Изъ анамнеза явствуетъ, что боли въ животѣ появились три дня т. н., сразу, стулъ задержанъ, газы не отходятъ; тѣмъ не менѣе, ни рвотъ, ни тошнотъ не было, т° нормальна, самочувствіе удовлетвор. Послѣ примѣненія нѣсколькихъ высокихъ клизмъ, стали отходить газы, животъ уменьшился въ размѣрѣ, при ощупываніи болѣзненъ только въ области flexurae sigm. Такимъ образомъ, мы можемъ съ положительностью высказаться, что въ теченіе 4—5 сутокъ не было никакихъ угрожающихъ признаковъ какъ въ смыслѣ воспаления брюшины, такъ и въ смыслѣ гангрены кишки.

Въ послѣдующіе же дни, когда появились значительныя боли въ животѣ и его болѣзненность при ощупываніи, когда вздутіе нарастало все больше и больше, при полномъ отсутствіи стула и отхожденія газовъ, то уже не оставалось сомнѣній, что данная картина ileus'a осложнилась явленіями peritonit'a.

Что касается характера разбираемой кишечной непроходимости, то данныя какъ анамнестическія, такъ и объективнаго изслѣдованія, только отчасти опредѣляютъ его. Предшествовавшее удовлетворительное состояніе здоровья больного, внезапность заболѣванія и, наконецъ, повторность его (подобное заболѣваніе было уже 2 года т. н.)—все это, по видимому, говоритъ за странгуляціонный ileus. Еще болѣе говорятъ намъ о томъ же объективныя данныя, именно,

вздутіе живота, главнымъ образомъ, то на счетъ colon transversi et descenditis, ясно обрисовывавшихся на стѣнкахъ брюшной полости, то на счетъ colon transversi et colon. ascendit., при чемъ такое вздутіе держалось въ теченіе 5 дней; область же flex. sigm. во все время представлялась запавшей. Последнее обстоятельство и удерживаетъ насъ отъ діагностики въ разсматриваемомъ случаѣ *volvulus'a flexurae sigm.*

Слѣдовательно, съ положительностью мы можемъ сказать только, что здѣсь была странгуляція толстыхъ кишекъ, высказаться же точно о мѣстѣ нахожденія означенной странгуляціи представляется невозможнымъ.

Причину вышеотмѣченнаго западанія области flexurae sigm. намъ вполне объясняютъ данныя лапаротоміи, а именно: flexura sigm. оказалась отодвинутой тонкими кишками вправо, образовавъ у своего основанія перегибъ.

Терапія подлежащаго заболѣванія, діагносцированнаго нами какъ кишечная странгуляція, должна была быть, соотвѣтственно этому, только хирургической. Однако, случай этотъ, несмотря на то, что былъ подвергнутъ операціи, окончился смертью. Причиной такого исхода мы должны считать поздно предпринятое оперативное пособіе, когда уже полностью обнаружались явленія peritonit'a. Операція здѣсь была произведена только на 9-й день со дня заболѣванія, а явленія peritonit'a показались уже на 4-й—5-й день болѣзни. Слѣдовательно, въ теченіе 4-хъ дней больной, при явленіяхъ воспаления брюшины, былъ предоставленъ самому себѣ. Результаты такого промедленія съ операціей и не заставили себя долго ждать и сказались въ той патолого-анатомической картинѣ вскрытія, которая приведена мною въ выдержкѣ.

Намъ еще остается сказать нѣсколько словъ объ этиологіи даннаго *volvulus'a*. Въ исторіи болѣзни, относящейся къ первичному заболѣванію 2 г. т. н., есть нѣкоторыя указанія въ этомъ отношеніи. Такъ, на черепѣ имѣются рубцы и экзостозы; железы всѣ, особенно паховыя, увеличены; на кожѣ во многихъ мѣстахъ рубцы. Съ другой стороны, вскры-

те обнаружило, что брыжжейка flexurae sigm. на обѣихъ поверхностяхъ ея покрыта плотными, фиброзными рубцами. Все это вмѣстѣ взятое можетъ указывать, до нѣкоторой степени, на люетическую инфекцію больного, хотя онъ такую и отрицалъ.

Заканчивая описаніе второй группы volvulus'овъ flexurae sigm., считаю не лишнимъ упомянуть здѣсь еще о томъ, что случаевъ поворота flex. sigm. справа налѣво (со стороны больного) у насъ имѣются показанными 3, а въ обратную сторону, т. е. слѣва направо, — 2. Какихъ-либо особенностей въ теченіи какъ тѣхъ, такъ и другихъ volvulus'овъ, нами не подмѣчено.

Что касается неоперированныхъ volvulus'овъ flexurae sigm., то такихъ у насъ насчитывается 8, изъ которыхъ 1 окончился выздоровленіемъ. На послѣднемъ мы и остановимся только вкратцѣ, такъ какъ въ своемъ клиническомъ теченіи онъ не представляетъ ничего особеннаго.

Случай этотъ относится къ чернорабочему, 43 л. отъ роду, поступившему 22/х—1906 г. и выписавшемуся здоровымъ 30/х, т. е. черезъ 8 дней.

Въ эпикризѣ значится, что больной на 2-й день своего заболѣванія поступилъ съ жалобами на внезапно появившіяся боли въ животѣ, задержку стула и газовъ, тошноту, отрыжку и икоту.

При объективномъ изслѣдованіи найдены небольшой склерозъ, обложенный языкъ, вздутый животъ, на стѣнкахъ послѣдняго по временамъ замѣтна перистальтика, повидимому S-гом., опредѣляется плескъ жидкости въ лѣвой подвздошной области (мѣсто перекручиванія кишки).

Клизмы не принесли пользы. Post Atropini перистальтики нѣтъ, зрачки расширены, небольшая сухость во рту. Отъ операциі отказался. Въ тотъ же день появился стулъ, газы стали отходить.

Ниже слѣдуютъ таблицы съ перечисленіемъ volvulus'овъ flexurae sigm. не понавшихъ въ изложеніе.

№ исторіи болѣзнь.	Годъ поступленія въ больницу.	Возрастъ и занятіе	Время заболѣванія	Семейное положеіе.	Число дней съ начала заболѣванія до поступленія въ больницу.	ДИАГНОЗЪ.	День операциі послѣ начала заболѣванія и характеръ ея	ИСХОДЪ.	Язны хмнны чгоо окзвч	ПАТОЛОГО-АНАТОМИЧ. ДІАГНОЗЪ.
131.	1906.	43 г. Дантистъ, натъ.	Же- болонно.	Же- натъ.	1.	Volvulus flex. sigm. Gangraena flex. sigm. Peritonitis septica.	2. Laparotom. Detorsio flex. sigm. Anus praeteraturalis.	Смерть.	2.	—
132.	1903.	36 л. Торговецъ, натъ.	Же- болонно.	Же- натъ.	3.	Volvulus flex. sigm. et gangraena ejus. Peritonitis septica.	4. Laparotom. Detorsio flex. sigm.	Смерть.	3.	Gangraena flex. sigm. post. volvulum. Peritonitis septica.
133.	1898.	16 л. Золото-швейка.	Же- болонно.	Дѣ- вина.	4.	Peritonitis ac. Pleus (volvulus et gangraena S-rom.).	7. Laparotom. Detorsio flex. sigm. cum formatione anipraeternaturalis.	Смерть.	4.	Peritonitis fibrinosa sero-suppur. ac. Gangraena flex. sigm. et ilei. Volvulus initialis. Длинная брыжжейка.

№ историй болезни.	Годъ поступления въ больницу.	Возрастъ и занятіе больного.	Семейное положеніе.	Число дней съ начала заболевания до поступления въ больницу.	ДИАГНОЗЪ.	День операціи послѣ начала заболевания и характеръ ея	ИСХОДЪ.	Число больныхъ значныхъ дней	ПАТОЛОГО-АНАТОМИЧ. Д І А Г Н О З Ъ.
136.	1906.	38 л. Черноярбодостъ чд.	Холостъ	2.	Volvulus flexuræ sigmoidis Peritonitis septica.	Laparotom. Detorsio flex. sigmoid.	Смерть.	8.	Peritonitis acuta septica. Cecalities mesenterii flex. sigmoid.
135.	1904.	62 г. Крестьянствомъ.	Женатъ.	8.	Peus.	Laparotom. Detorsio flex. sigmoid.	Смерть.	5.	Peritonitis ac. suppur. fibrinosa. Neeroses multiple. intest. crass. cum perforationibus ejus. Pneumonia supura. d.
134.	1901.	50 л. Торговецъ.	Женатъ.	2.	Incarceratio interna. Arteriosclerosis. Peritonitis ac.	Incisio parietis abd. (Вольной умержь по время хлороформаніи).	Смерть.	3.	Volvulus ventus totalis flex. sigmoid. Peritonitis ac. fibrinosa incipiens. Exuberationes multiples mucosae flex. sigmoid.

№ историй болезни.	Годъ поступления въ больницу.	Возрастъ и занятіе больного.	Семейное положеніе.	Число дней съ начала заболевания до поступления въ больницу.	ДИАГНОЗЪ.	День операціи послѣ начала заболевания и характеръ ея	ИСХОДЪ.	Число больныхъ значныхъ дней	ПАТОЛОГО-АНАТОМИЧ. Д І А Г Н О З Ъ.
137.	1901	33 г. Прислуга.	Вдовца.	7.	Volvulus.	Laparotom. Detorsio съ образцованіемъ praeanus prae-tertatur- въ нисход. толст. киш.	Смерть.	16 ч.	Volvulus et gangraena incipiens flex. sigmoid. et colon. descend. Peritonitis ac. septica. Volvulus completus flex. sigmoid. Peritonitis ac. incipiens.
138.	1902.	67 л. Безъ занятій.	Дѣвица.	5.	Peus.	Volvulus.	Смерть.	3.	Volvulus flex. sigmoid. et gangraena ejus. Peritonitis ac. septica. Fibromyoma uteri. Lues inveterata.
139.	1903.	49 л. При мужѣ.	Замужняя.	2.	Volvulus. Peritonitis perforat. supp.	Volvulus. Peritonitis perforat. supp.	Смерть.	7.	

№№ историй болѣзни.	Годъ поступления въ больницу.	Возрастъ и занятіе больного.	Семейное положеніе.	Число дней съ начала заболѣванія до поступления въ больницу.	ДИАГНОЗЪ.	День операціи послѣ начала заболѣванія и характеръ ея.	ИСХОДЪ.	Число болѣзненныхъ дней.	ПАТОЛОГО-АНАТОМИЧ. ДІАГНОЗЪ.
140.	1901.	60 л. Штукатуръ.	Женатъ.	6.	Volvulus.	—	Смерть.	4.	Peritonitis suppur. e perforatiane stris sim. Flexuraesigm. Gangraena incip. verosimiliter postvolvulum intialem. Gastricesmultiplic. mesenterii commin. et mesenter. Flex. sign. Laes inveter....
141.	1906.	26 л. Плотникъ.	Женатъ.	3.	Typhus abdominalis (?) Peritonitis ac. perforat.	—	Смерть.	8.	Peritonitis ac. fibrinosa haemorrhag. Volvulus incomplet. Mesenterium commune.
142.	1894.	67 л. Чинovníкъ.	Женатъ.	6.	Volvulus Peritonitis.	—	Смерть.	7.	Peritonitis perfor. Perforatio colon. descend. verosimiliter ex volvulo S-rom.
169.	1900.	59 л. Портной.	Холостъ.	2	?	—	Смерть.	20 ч.	Volvulus. Peritonitis.

b) *Volvulus'ы тонкихъ кишекъ.*

Такихъ случаевъ имѣется у меня 18, что, по отношенію ко всему количеству—45, составить 40%, т. е. по частотѣ своей volvulus'ы тонкихъ кишекъ стоятъ на второмъ мѣстѣ.

Распредѣливъ нашихъ больныхъ по возрасту, мы будемъ имѣть:

отъ 10 до 20 лѣтъ	1 случ.
„ 21 „ 30 „	3 „
„ 31 „ 40 „	4 „
„ 41 „ 50 „	8 „
„ 51 „ 60 „	2 „

Слѣдовательно, самое большее число падаетъ на возрастъ отъ 41 до 50 лѣтъ—8 случ., что, по отношенію ко всему числу—18, составить около половины.

Изъ общаго числа 18-ти volvulus'овъ этого вида на мужчинъ приходится 12 случаевъ, а на женщинъ 6, т. е. заболѣвшихъ мужчинъ въ 2 раза больше, чѣмъ женщинъ.

У Richter'a мы находимъ данныя, близко стоящія къ нашимъ, а именно: по возрасту, большее число больныхъ приходится на 30—50 лѣтъ, а по полу—мужчинъ 66%.

Перейдемъ къ описанію нѣкоторыхъ наиболѣе типичныхъ случаевъ volvulus'овъ тонкихъ кишекъ.

Подобно volvulus'амъ flex. sigm., мы и volvulus'ы разсматриваемого вида, раздѣлимъ на 2 группы, въ зависимости отъ степени сдавленія сосудовъ брыжжейки, при чемъ въ 1-ю войдутъ 10 случаевъ, а во 2-ю—8.

Первая группа:

1). Больной 42 л., чернорабочій, поступилъ 4/ix-1900 г. съ жалобами на боли въ животѣ, тошноты и рвоты, появившіяся со вчерашняго дня; стулъ былъ утромъ въ день заболѣванія жидкій, скудный; рвота зелеными массами. Раньше былъ совершенно здоровъ. Въ теченіе послѣднихъ 10 лѣтъ, приблизительно по 1 разу въ годъ, сильная боли въ животѣ, которыя по истеченіи сутокъ обыкновенно проходили.

Больной плохого питания. Кожные покровы синюшны, конечности холодны. *facies Hippocratica*. Животъ рѣзко вздутъ и сильно болѣзненъ на всемъ протяженіи и преимущественно въ средней части, въ области тонкихъ кишекъ. При перкуссіи вездѣ тимпанитъ; при осмотрѣ на рѣзко вздутомъ животѣ поперечное вдавленіе, проходящее черезъ пупокъ. На животѣ обрисовываются отдѣльныя петли кишекъ въ видѣ ограниченныхъ рѣзкимъ вдавленіемъ выпячиваній.

5/ix.—Боли и вздутіе живота по прежнему, петли кишекъ видны; стула не было, рвота водой и желчью, частая. Пульсъ 120.

6.—Въ правой половинѣ живота боли сильнѣе, чѣмъ въ лѣвой. Животъ напряженъ. Промывныя воды при промываніи желудка издаютъ каловой запахъ. Во время клизмы небольшое отхожденіе газовъ, стула не было.

7.—*Status idem*. Переводится на хирургич. отдѣленіе.

Подъ хлороформнымъ наркозомъ произведена лапаротомія. Разрѣзъ по средней линіи нѣсколько выше пупка внизъ на 2 пальца выше симфиза. Выскочившія петли кишекъ сильно вздуты, темнокраснаго цвѣта, мѣстами черныя пятна. По продолжительномъ изслѣдованіи (1/2 часа) констатированъ заворотъ тонкихъ кишекъ справа налѣво, недалеко отъ соесі. Въ полости брюшины серозная жидкость. На серозной оболочкѣ сильно растянутыхъ тонкихъ кишекъ въ 2-хъ мѣстахъ имѣются надрывы, гдѣ и были наложены двухъэтажные швы. Такъ какъ кишки, вслѣдствие сильной вздутости, не удавалось вправить, то былъ сдѣланъ разрѣзъ кишки, при чемъ выдѣлились вонючіе газы и жидкій калъ. На разрѣзѣ наложены также двухъэтажные швы. Брюшная рана защита съ тампономъ въ нижнемъ углу ея.

Вечеромъ: пульсъ съ трудомъ прощупывается, больной въ сознаніи, безпокоенъ, 4 раза жидкія испражненія.

8.—Безъ пульса. Рвота, икота. Скончался.

Прижизненный діагнозъ: *Volvulus. Peritonitis septica*.

Посмертный: *Peritonitis fibrinosa haemorrhagica acuta. Perihepatitis et perisplenitis chr. fibrosa. Pleuritis adhaes. chr. Nephritis chron. interstitialis...*

Нѣкоторыя патолого-анатомическія данныя:

Петли тонкихъ кишекъ и желудокъ довольно рѣзко вздуты, толстыя кишки умѣренно спались. Сероза кишекъ гиперемирована, тусклая, покрыта фибринознымъ налетомъ. Брыжжейка длинная, идетъ правильно. Въ нижней части *jejunum* разрѣзъ, зашитый. Въ началѣ *ilei* цѣлый рядъ разбросанныхъ швовъ на

протяженіи 8 снт. Слизистая *ilei* почти на всемъ протяженіи темнозеленая, некротизирована...

Картина полной кишечной непроходимости въ данномъ случаѣ несомнѣнна. Что же касается причины, вызвавшей эту непроходимость, то она довольно ясно опредѣляется слѣдующими моментами.

Анамнестическія данныя указываютъ намъ только на внезапность заболѣванія среди полного, повидимому, благополучія больного. Такое быстрое и острое начало (боли въ животѣ, рвота) характерно, какъ мы знаемъ, и для странгуляцій кишекъ. Но, на основаніи данныхъ осмотра, пальпации и перкуссіи живота, мы болѣе склонны думать, что здѣсь имѣлся *volvulus* именно тонкой кишки. Обрисовываніе отдѣльныхъ кишечныхъ петель, въ видѣ ограниченныхъ рѣзкимъ вдавленіемъ выпячиваній на поверхности сильно вздутаго живота, болѣзненность послѣдняго, преимущественно въ области тонкихъ кишекъ, совершенное отсутствіе даже слабой кишечной перистальтики, наличность коллапса,— все это, на ряду съ имѣющимися здѣсь признаками *Wahl'a*, указываетъ намъ, скорѣе всего, на поворотъ тонкой кишки. Судить о величинѣ участка кишки, подвергнувшагося *volvulus'u*, не представляется возможнымъ, хотя въ данномъ случаѣ и есть намеки на поворотъ нижней части *ilei*, именно, что боли въ правой половинѣ живота были сильнѣе, чѣмъ въ лѣвой. Лапаротомія вполне и подтвердила, что въ разсматриваемомъ случаѣ, дѣйствительно, имѣлся поворотъ тонкой кишки по ея брыжжейкѣ недалеко отъ соесі. Величина участка, захваченнаго *volvulus'омъ*, къ сожалѣнію, въ данныхъ лапаротоміи не отмѣчена.

Затрудненія, встрѣченныя нами при дифференціальной діагностикѣ данного случая, обязываютъ насъ остановиться нѣсколько на вопросѣ о томъ, какіе изъ признаковъ, свойственныхъ странгуляціямъ, являются наиболѣе характерными и для *volvulus'a* тонкихъ кишекъ.

Отмѣтимъ, прежде всего, характеръ болей въ животѣ. Изъ нашихъ 18 исторій болѣзни онѣ подчеркиваются въ 16. Боли эти постоянныя и въ большинствѣ случаевъ сильныя,

одинъ разъ наблюдались даже коликообразныя. Въ одной исторіи болѣзни хотя боли въ животѣ отсутствовали, но есть указаніе на судороги въ конечностяхъ. Наконецъ, въ послѣднемъ, 18-мъ, случаѣ о боляхъ совершенно не говорится; онъ окончился выздоровленіемъ. Такимъ образомъ, мы видимъ, что *volvulus*'ы тонкихъ кишекъ почти всегда сопровождаются болями въ животѣ постоянного характера.

Что касается локализациі болей, то въ нашемъ матеріалѣ онѣ обозначены: въ 9 случаяхъ вообще по всему животу безъ точнаго указанія мѣста; въ 7—въ области тонкихъ кишекъ и въ 2-хъ—внизу живота справа. Если мы соединимъ двѣ послѣднія цифры, то получимъ 9,—число, указывающее, что ровно половина случаевъ поворота тонкихъ кишекъ имѣетъ опредѣленную локализацию болей.

Почти такъ же часто, какъ боли, наблюдается у нашихъ больныхъ и рвота. Въ одной только исторіи болѣзни она отсутствуетъ, въ остальныхъ же случаяхъ 3 раза была инициальной и 14 разъ продолжалась въ теченіе всей болѣзни, при чемъ въ 5 случаяхъ приобрѣтала характеръ каловой рвоты. Слѣдовательно, и въ отношеніи рвоты нужно сказать то же, что и о боляхъ въ животѣ, т. е., что случаи *volvulus*'овъ тонкихъ кишекъ почти всегда сопровождаются ею.

Въ близкой связи со рвотой находится болѣе или менѣе выраженный коллапсъ больного, проявляющійся въ маломъ, частомъ пульсѣ, въ наступленіи вслѣдъ за этимъ цианоза, холоднаго пота, въ рѣдкихъ случаяхъ судорогъ, иногда пониженія t° . Само собою разумѣется, что та или другая степень коллапса всецѣло зависитъ отъ величины захваченной въ странгуляцію брыжжейки и отъ силы ея сдавленія. Такимъ образомъ, картину коллапса мы должны наблюдать въ остро протекающихъ случаяхъ *volvulus*'овъ тонкихъ кишекъ, что и доказывается нашимъ матеріаломъ, гдѣ въ 5 исторіяхъ болѣзни, включая сюда и рассматриваемую нами сейчасъ, отмѣчаются рѣзкія явленія коллапса.

Изъ всего вышеизложеннаго явствуетъ, что настоящій случай, въ которомъ мы наблюдали всѣ только что раз-

смотрѣнные нами признаки, съ громадной степенью вѣроятности долженъ быть отнесенъ къ *volvulus*'у тонкихъ кишекъ. Въ этомъ смыслѣ, какъ мы знаемъ, діагнозъ былъ установленъ и больничными врачами.

Тѣмъ не менѣе, больной былъ оперированъ только на третьи сутки. Причиной этого было то обстоятельство, что онъ не сразу попалъ на хирургическое отд., а означенное выше время пролежалъ на внутреннемъ. Со дня же заболѣванія, онъ былъ оперированъ только на 5-я сутки. Отсюда мы смѣло можемъ утверждать, что причиной смерти въ подобныхъ случаяхъ является не операція, какъ таковая, о чемъ мы уже неоднократно говорили, а лишь только запоздалое ея производство. Сколь серьезны были въ разбираемомъ случаѣ патолого-анатомическія измѣненія въ органахъ брюшной полости, наступившія къ моменту операціи, можно судить по тому, что въ теченіе тѣхъ нѣсколькихъ часовъ, которые больной прожилъ послѣ произведенной лапаротоміи, не могла создаться найденная затѣмъ при вскрытіи приведенная нами выше патолого-анатомическая картина.

Отсюда должно притти еще лишній разъ къ необходимому заключенію, что въ остро протекающихъ *volvulus*'ахъ тонкихъ кишекъ оперативное пособіе должно быть оказываемо немедленно, въ теченіе 1—2 дней, какъ единственное спасительное средство; различныя же внутреннія мѣропріятія, какъ только въ первые часы выяснилась ихъ безрезультатность, должны быть совершенно отстранены.

2). Больная 37 л., вдова, поступила 29/x-1903 г. съ явленіями непроходимости кишекъ. По словамъ акушерки, доставившей больную, заболѣвшая 4 дня не имѣла стула, послѣдніе 2 дня жаловалась на непрерывныя боли въ животѣ. 4 раза рожала. Выкидышей не было.

Больная посредственнаго питанія. Животъ рѣзко вздутъ. У пупка прощупывается дно матки. По ходу *col. ascendens* и *descend.* при перкуссии тимпанитъ. Животъ болѣзненъ. По временамъ черезъ наружные покровы живота обрисовываются раздутыя петли кишекъ. *Per vaginam* и *rectum* ничего особеннаго не опредѣляется. П. 130, слабый. Печень и селезенка не перкутируются. T° 36,6.

Подъ хлороформнымъ наркозомъ сдѣлана *laparotomia*. Въ полости живота большое количество кровянистой, грязно-вонючей

жидкости. Въ заднемъ Дугласъ тонкія кишки повернулись 2 раза вокругъ брыжжейки. Петли кишекъ (ilei), длиной около 3-хъ арш., чернаго цвѣта, развернуты и удалены, отрѣзки шиты съ брыжжейкой въ рану. Тампонъ, повязка.

30/х.—Пульсъ 120, слабоватый. Языкъ влаженъ. Ночью не спала, стула рвоты не было.

31.—П. 140, нитевидный, языкъ сухой, незначительный стулъ. Перевязка, во время которой изъ приводящаго отрѣзка выпущена ихорозная жидкость. Exitus letalis.

Прижизненный диагнозъ: Volvulus. Peritonitis serofibrinosa. Septicaemia. Gravida V mens.

Посмертный. Peritonitis septica. Graviditas V mens.

Въ диагностическомъ отношеніи случай этотъ представляется темнымъ. Часть данныхъ его говоритъ въ пользу volvulus'a толстой кишки, другая же часть ихъ за обтурацію.

Сравнительно острое начало заболѣванія, непрерывныя боли въ животѣ и болѣзненность его при дотрагиваніи, быстро развившееся рѣзкое вздутіе его, общее коматозное состояніе больной, частый, слабый пульсъ—все это признаки, скорѣе всего говорящіе за volvulus кишки. Съ другой же стороны, прощупываемое у пупка дно беременной матки, наблюдавшаяся по временамъ кишечная перистальтика, отсутствіе рвоты съ самаго начала заболѣванія и вообще признаковъ Wahl'я—все это отчасти указывало на возможную обтурацію кишки.

Во всякомъ случаѣ, данный ileus, независимо отъ вызвавшей его причины, подлежалъ немедленному хирургическому леченію. И дѣйствительно, больной тотчасъ по поступленіи ея была произведена laparotomia, считая же со дня заболѣванія,—на 5-й день. Само собой разумѣется, что при такихъ условіяхъ рассчитывать на вѣрный успѣхъ операціи было нельзя и, тѣмъ не менѣе, оперативное пособіе здѣсь было мѣрой, единственно показанной.

Подобно тому, какъ мы сдѣлали въ группѣ volvulus'овъ fleugae sigm., приведемъ здѣсь таблицу, выражающую собой день поступления больныхъ послѣ начала заболѣванія и день производства имъ операцій съ исходомъ ихъ.

Число дней, проведенныхъ больнымъ дома послѣ начала болѣзни до поступления въ больницу. Число дней, спустя которое было оказано оператив. пособіе, включая время болѣзни, проведенное больнымъ дома.

Исходъ.

1-й случ.	1 день	1 день	смерть.
2-й "	1 "	2 "	"
3-й "	1 "	2 "	"
4-й "	2 "	2 "	"
5-й "	2 "	5 "	"
6-й "	3 "	3 "	"
7-й "	3 "	5 "	выздор.
8-й "	4 "	5 "	смерть.
9-й "	8 "	8 "	выздор.

Такимъ образомъ, мы видимъ, что 4 случая volvulus'овъ тонкихъ кишекъ, оперированные даже въ первые 2 дня послѣ начала заболѣванія, все-таки окончились смертью, тогда какъ 2 другихъ случая, оперированные на 5-й и 8-й день, окончились выздоровленіемъ.

При ближайшемъ знакомствѣ съ патолого-анатомической картиной каждаго изъ упомянутыхъ случаевъ вполне опредѣляется причина вышеизложеннаго.

Въ остро протекающихъ случаяхъ, въ зависимости отъ сильно странгулированныхъ сосудовъ брыжжейки и остановки вслѣдствіе этого кровообращенія въ соотвѣтствующей части кишечника, уже въ первыя сутки можетъ наблюдаться гангрена его. Такъ, въ одномъ изъ нашихъ volvulus'овъ тонкой кишки, гдѣ была произведена операція на 2-й день заболѣванія, значится:

«По вскрытіи брюшины представились вздутыя, темно-красныя кишки. Оказался volvulus нижней части тонкихъ кишекъ съ двумя странгуляціонными бороздками, около которыхъ кишка омертвѣла. Въ брюшной полости кровянистая жидкость».—Листокъ за 1895 г., № 148.

Въ случаяхъ же, гдѣ нѣтъ сильнаго сдавленія сосудовъ брыжжейки, а слѣдовательно, и нѣтъ остановки кровообращенія, наступленіе гангрены можетъ затянуться на гораздо болѣе долгій срокъ, чѣмъ тотъ, о которомъ мы говорили выше. Такъ, въ случаѣ, оперированномъ на 8-й день послѣ

начала заболѣванія, мы, при сильно выраженныхъ воспалительныхъ явленіяхъ serosa'ы кишекъ, все-таки не имѣли гангрены ихъ:

„По вскрытіи брюшины показались тонкія кишки, но вздутыя, гиперемированныя, мѣстами съ темно-сѣрыми пятнами. Serosa ихъ нѣсколько потеряла блескъ, мѣстами разорвана, мѣстами покрыта фибриномъ. Въ полости живота очень небольшое количество серозной жидкости. Тонкія кишки оказались перевернутыми на брыжжейкѣ $1\frac{1}{2}$ раза вокругъ оси“... Листокъ за 1899 г., № 245.

Если мы и остановились нѣсколько долго на вышеизложенномъ, то мы этимъ хотѣли обратить особенное вниманіе, какъ необходимо спѣшить съ операціей въ остро протекающихъ случаяхъ volvulus'овъ; съ другой же стороны—подчеркнуть, что и поздно предпринятое хирургическое лечение въ затыжныхъ случаяхъ поворотовъ кишекъ можетъ оказаться спасительнымъ для больного. Въ виду же того, что далеко не всегда можно отличить другъ отъ друга volvulus'ы по характеру ихъ теченія, производство операціи, какъ въ тѣхъ, такъ и въ другихъ случаяхъ, должно быть одинаково спѣшнымъ и неотложнымъ.

Что касается характера операцій, произведенныхъ въ нашихъ случаяхъ volvulus'овъ тонкихъ кишекъ, то онъ опредѣляется: шестью деторсіями означенныхъ кишекъ, изъ которыхъ два окончились выздоровленіемъ; двумя anus praeternaturalis и одной резекціей кишки, послѣ которыхъ наступила смерть больныхъ. Относительно означенныхъ операцій намъ пришлось бы повторить почти то же, о чемъ мы уже говорили въ группѣ volvulus'овъ flex. sigm. Поэтому, мы здѣсь коснемся только нѣкоторыхъ особенностей резекціи кишки.

Въ подлежащей исторіи болѣзни мы имѣемъ упомянутую выше резекцію тонкой кишки (ilei), которая, влѣдствіе гангрены, была резецирована на разстояніи 3-хъ аршинъ, при чемъ кишечные отрѣзки были шиты вмѣстѣ съ брыжжейкой въ брюшную рану.

Въ такихъ случаяхъ приходится считаться съ тѣмъ обстоятельствомъ, въ состояніи ли будетъ оставшаяся часть

кишечника выполнять свое назначеніе, т. е. въ достаточной степени питать организмъ.

Въ литературѣ имѣются указанія на выздоровленія больныхъ при удаленіи у нихъ 2—3 метровъ кишечника. Но обычно такія операціи, при тяжело протекающихъ volvulus'ахъ, оканчиваются смертью.

Вторая группа:

Изъ группы затыжныхъ volvulus'овъ тонкихъ кишекъ я приведу, во избѣжаніе повтореній, одинъ только случай, болѣе типичный и закончившійся выздоровленіемъ.

Больной 35 л., чернорабочій, поступилъ 9/IV-1899 г. съ жалобами на рвоты, вздутіе живота, совершенное отсутствіе стула и отхожденія газовъ. Недѣлю тому назадъ, съ 9 ч. утра появилась отрыжка, съ половины 11-го ч. рвота; рвота сначала тѣмъ, «что съѣдено», а затѣмъ стало рвать и безъ ѣды. Особенно сильная рвота была 3-го дня, со 2-го дня рвота воночая.

Больной средняго питанія. При дыханіи каловой запахъ изо рта. П. 84, средній, безъ аритміи. Животъ вздутъ, безболѣзненъ при ощупываніи; сквозь напряженную брюшную стѣнку ясно видны вздутыя петли, повидимому, тонкихъ кишекъ. Аспита нѣтъ. Лѣвый паховой каналъ пропускаетъ свободно палець. Сдѣлано промываніе желудка, при этомъ черезъ зондъ выходили массы съ каловымъ запахомъ.

Въ 1 ч. дня приступлено къ лапаротоміи подъ хлороформнымъ наркозомъ. Разрѣзъ по бѣлой линіи пальца на 3 выше пупка и оканчивающійся на 3 пальца выше лобка. По вскрытіи брюшины, показались тонкія кишки, сильно вздутыя, гиперемированныя мѣстами, съ темно-сѣрыми пятнами. Serosa ихъ нѣсколько потеряла блескъ, мѣстами разорвана, мѣстами покрыта фибриномъ. Въ полости живота очень небольшое колич. серозной жидкости. Тонкія кишки вынуты изъ раны, онѣ оказались перевернутыми на брыжжейкѣ $1\frac{1}{2}$ раза вокругъ оси. Подъ этой брыжжейкой находилась сдвинутая тонкая кишка. Толстая кишка нормальна, спалась. Кишки развернуты, вправлены обратно, но они не имѣли наклонности къ спаденію. Рана зашита кромѣ средней части, куда введенъ тампонъ.

Послѣоперационное теченіе безъ осложнений. Рана зарубцевалась, больной выписанъ совершенно здоровымъ послѣ 56-дневнаго пребыванія въ больницѣ.

Діагнозъ: Volvulus. Peritonitis serofibrinosa.

Въ представленномъ случаѣ volvulus'a тонкихъ кишекъ

особенное вниманіе останавливаетъ на себѣ рвота. Ею началась и закончилась картина данной кишечной непроходимости. По характеру своему она вначалѣ состояла изъ пищевой массы, затѣмъ стала желчной и, наконецъ, сдѣлалась со 2-го дня заболѣванія вонючей, т. е. каловой.

Казалось бы, что столь упорная и такого свойства рвота должна была бы сопровождаться, какъ мы уже объ этомъ говорили выше, сильными болями въ животѣ, но о нихъ въ исторіи болѣзни не упоминается. Это одно даетъ уже намъ право смотрѣть на предлежащій *volvulus* нѣсколько оптимистически и заключать, что въ данномъ случаѣ не было сильнаго ущемленія брыжжейки, а слѣдовательно, и сдавленія ея сосудовъ до остановки кровообращенія.

Данныя объективнаго изслѣдованія, именно, безболѣзненность живота при ощупываніи и, затѣмъ отсутствіе въ полости брюшины экссудата, также говорятъ въ пользу только что сдѣланнаго нами допущенія.

Что касается того, что въ нашемъ случаѣ имѣлся именно *volvulus* тонкихъ кишекъ, то, помимо общихъ признаковъ, свойственныхъ этому заболѣванію, о которыхъ мы уже говорили въ предыдущихъ исторіяхъ болѣзни, имѣется у насъ еще и указаніе на вздутыя петли тонкихъ кишекъ, т. е. въ области пупка—обстоятельство довольно характерное для *volvulus*'а означенныхъ кишекъ. Изъ 18 нашихъ поворотовъ въ 10 изъ нихъ обозначена наличность этого признака.

Что механическое препятствіе въ нашемъ случаѣ располагалось въ тонкихъ кишкахъ, доказывается также рано наступившей каловой рвотой, которая, какъ мы уже знаемъ, обычно быстро появляется при высоко сидящихъ закупоркахъ или странгуляціяхъ кишечника (*König*, *Kiwul*, *Цейдлеръ*). Раннее появленіе каловой рвоты указываетъ еще и на существованіе сравнительно энергичной кишечной перистальтики.

Хотя въ разбираемомъ случаѣ, попавшемъ въ больницу на 8-й день заболѣванія, эта перистальтика и отсутствовала, тѣмъ не менѣе, существованіе ея, по крайней мѣрѣ, въ первые дни заболѣванія, было несомнѣннымъ.

Относительно прогностическаго значенія перистальтики приводящаго отрѣзка кишки при *volvulus*'ахъ мы уже говорили въ группѣ поворотовъ *flexurae sigm.* Здѣсь же мы ограничимся только замѣчаніемъ, что изъ нашихъ 18 поворотовъ тонкихъ кишекъ она отмѣчена только въ 3-хъ случаяхъ, при чемъ случаи эти принадлежали *volvulus*'амъ съ затяжнымъ теченіемъ.

Останавливаясь на операциіи нашего случая и его патолого-анатомической картинѣ считаю излишнимъ, такъ какъ мы уже раньше касались этого вопроса.

Въ заключеніе изложенія о *volvulus*'ахъ тонкой кишки, считаю нужнымъ отмѣтить, что въ 9 случаяхъ у насъ имѣлся поворотъ брыжжейки нижней части *ilei*, въ 7 случ. поворотъ всей брыжжейки тонкихъ кишекъ и въ 2 случ. поворотъ брыжжейки *jejuni*. Изъ 9 оперированныхъ *volvulus*'овъ тонкихъ кишекъ 2 окончились выздоровленіемъ, т. е. 22,2%. Изъ 9-ти же неоперированныхъ имѣлось 1 выздоровленіе, т. е. 11,1%.

Въ монографіи *Wilms*'а мы находимъ цифровыя данныя *Richter*'а: изъ 35 очень рано оперированныхъ больныхъ, гдѣ была предпринята *detorsio* кишекъ, выздоровѣло 17, т. е. почти 50%; у 8—*detorsio* не удалась, и всѣ они погибли. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ имѣлось еще и другое осложненіе; такъ, напр., въ 2-хъ, кромѣ осевого заворота, который былъ расправленъ, имѣлось еще по одному завороту, которые не были обнаружены.

Большинство больныхъ было оперировано очень рано, и результаты были тѣмъ лучше, чѣмъ раньше была произведена операція. Среди этихъ случаевъ, однако, было 4, въ которыхъ наступило выздоровленіе послѣ операциіи, сдѣланныхъ послѣ того, какъ явленія хроническаго *ileus*'а продолжались уже въ теченіе нѣсколькихъ недѣль. Это были случаи безъ нарушенія кровообращенія въ области поворота кишки.

Въ приведенныхъ ниже таблицахъ представлены случаи поворотовъ тонкихъ кишекъ, не вошедшіе въ подробное описаніе.

№ исторій болѣзни.	Годъ поступления въ больницу.	Возрастъ и занятіе больного.	Семейное положеніе.	Число дней съ начала заболѣванія до поступления въ больницу.	ПАТНОЗЪ.	День операціи послѣ начала заболѣванія и характеръ ея	Исходъ.	Число дней въ больницѣ.	ПАТОЛОГО-АНАТОМИЧ. ДІАГНОЗЪ.
146.	1895.	При мужкѣ. 50 л.	Замужняя.	3.	Немнiа circumscripta d. serata d.	3. Немнiотомiа circumscripta formatione tritralis.	Смерть.	12	Немнiа incarcerata circumscripta d. Volvulus et perforatio intestini ilei. Peritonitis incipiens.
147.	1901.	41 г. Хлѣбопашествомъ.	Женатъ.	Ущемленіе паховъ, грыжи проишло въ больн.	Немнiа inguin. simplici incarceratio hernie (interina?) Peritonitis ac.	1. Лапаротомiа (Ущемленіи кишки нигдѣ не замѣчено).	Смерть.	21.	Peritonitis fibrinosa ac. sept. Volvulus incompletus intest. ten. et mesenter. long. Cicatrices et infiltratio haemorrhag. mesent. Ulcera et necrosis mucosae int. ten. et coeci.....
148.	1895.	32 г. При мужкѣ.	Замужняя.	1.	Volvulus. Gravid. Peritonitis sept.	3. Лапаротомiа (Брыжжевная странгуляръ. кишка припята къ брюшной рави).	Смерть.	7.	Volvulus. Septicaemia. Pneumonia cat. Abortus.

№ исторій болѣзни.	Годъ поступления въ больницу.	Возрастъ и занятіе больного.	Семейное положеніе.	Число дней съ начала заболѣванія и характеръ ея	ПАТНОЗЪ.	День операціи послѣ начала заболѣванія и характеръ ея	Исходъ.	Число дней въ больницѣ.	ПАТОЛОГО-АНАТОМИЧ. ДІАГНОЗЪ.
149.	1906.	48 л. При мужкѣ.	Замужняя.	2.	Volvulus intest. ten.	3. Лапаротомiа Detorsio int. ten.	Смерть.	7	Peritonitis exudat. haemorrh. ac. Arteriosclerosis.
150.	1908.	50 л. Кухеръ.	Женатъ.	2.	Volvulus Peritonitis sept.	3. Лапаротомiа Detorsio int. ten.	Смерть.	3.	Peritonitis fibrin. ac. post volvulum peracutum. Septicaemia.
151.	1900.	54 г. Плотникъ.	Женатъ.	2.	Volvulus.	4. Лапаротомiа Detorsio intest. ten.	Выздоровленіе.	73.	—
152.	1903.	24 г. Портниха.	Замужняя.	4—5 час.	Peritonitis.	—	Смерть.	20 час.	Volvulus int. ilei. Peritonitis haemorrhag. ac. Tuberculosis apic. pulm. d.
153.	1905.	45 л. Торговецъ.	Женатъ.	3.	Incarceratio interna.	—	Смерть.	2 часа.	Volvulus int. ilei. Peritonitis fibrinosa ac.

№ исторій болѣзни.	Годъ поступления въ больницу.	Возрастъ и занятіе больного.	Семейное положеніе.	Число дней болѣзни до поступления въ больницу.	ДИАГНОЗЪ.	День операціи послѣ начала заболѣванія и характеръ ея	ИСХОДЪ.	Число оперированныхъ дней.	ПАТОЛОГО-АНАТОМИЧ. ДІАГНОЗЪ.
154.	1895.	45 л. Черно-рабочій.	Холостъ	1.	Invasivatio. (P).	—	Смерть.	3.	Enterocolitis necrotica haemorrhagica post volvulum peractum. Peritonitis ac. serosa.
155.	1900.	12 л. При отпѣ.	—	3.	Gastritis acutissima. Uraemia. Dilatatio ventriculi.	—	Смерть.	5.	Volvulus. Peritonitis ac. incip. Dilatatio ventriculi et duodeni. Mesenterium commune incomplet. int. ten. et col. ascend. et coeci.
156.	1906.	54 г. Конохъ.	Женатъ.	3.	Ulcus obturati (Neoplasmata coeci?) Peritonitis.	—	Смерть.	4.	Volvulus incompletus int. jejuni. Peritonitis ac. incip.
157.	1899.	30 л. Извозчикъ.	Женатъ.	1.	Volvulus.	—	Выздоровленіе.	10.	—

№ исторій болѣзни.	Годъ поступления въ больницу.	Возрастъ и занятіе больного.	Семейное положеніе.	Число оперированныхъ дней.	ПАТОЛОГО-АНАТОМИЧ. ДІАГНОЗЪ.	День операціи послѣ начала заболѣванія и характеръ ея.	ИСХОДЪ.	Число болѣзныхъ дней.	ПАТОЛОГО-АНАТОМИЧ. ДІАГНОЗЪ.
158.	1905.	27 л. Служитель.	Холостъ	3.	Volvulus.	—	Смерть.	10.	Volvulus incompletus rad. mesenterii. Mesenterium commune. Hyperaemia mechanica et necrosis mucosae intestin. ten. Peritonitis incip. ac.
159.	1904.	38 л. Жена сапожника.	Замужняя.	28/х.	Volvulus int. ten. Произошелъ въ больницѣ	Salvungovophoritis. Haematocel. Peritonitis (Ulcus?)	Смерть.	71. 4/xi	Pelveoperitonitis adhaesiva chr. et supp. Salpyng. supp. bilater. Peritonitis fibrin. ac. univers. Concretio int. ilei cum flex. sign. et adhaecio d. Volvulus partis intest. ilei.
160.	1898.	42 г. Черно-рабочій.	Женатъ.	18/xii	Volvulus. int. ten. произошелъ въ больницѣ	Gastroenteritis chr. Ulcus ventriculi. Nephritis chr.	Смерть.	67. 22/xii	Volvulus intestinorum tenuum. Peritonitis acuta haemorrhag. incipiens. Stenosis pylori e cicatrice effecta.

c) *Volvulus coeci et colonis ascendentis.*

Такихъ случаевъ у насъ имѣется всего 2, при чемъ оба они были оперированы и оба окончились смертью.

Данныя лапаротоміи первого случая: „Слѣпая кишка находилась приблизительно на мѣстѣ нормального перехода colon transv. въ colon descend.; coesum была очень растянута, подъ ней лежалъ длинный proc. vermicularis. Coesum повернута, повидимому, вокругъ своей оси справа налѣво“...

Данныя аутопсіи: „Слѣпой и восходящей кишки на мѣстѣ нѣтъ; онѣ, подведенныя подъ полуперевернутый корень брыжжейки, раздутыя, лежатъ въ лѣвомъ hypochondrium. Восходящая толстая кишка и тонкія кишки имѣютъ общую брыжжейку“...

Данныя лапаротоміи второго случая: „Colon ascendens, имѣя брыжжейку, помѣщалась въ лѣвомъ подреберьѣ и повернулась вокругъ брыжжейки 1½ раза, такъ что proc. vermicularis находился въ лѣвой половинѣ живота“...

Данныя аутопсіи: „Colon ascendens спавшаяся, имѣетъ свою брыжжейку, лежитъ совершенно свободно въ полости peritoneum“...

Изъ вышеприведенныхъ данныхъ мы видимъ то общее въ нихъ, что coesum и col. ascendens въ обоихъ случаяхъ имѣли собственную брыжжейку, при чемъ брыжжейка эта очень длинная, такъ что обѣ означенныя части толстой кишки располагались въ лѣвомъ hypochondrium. Далѣе, въ первомъ случаѣ отмѣчена общая брыжжейка у col. ascend. и тонкихъ кишекъ. Слѣдовательно, эти особенности брыжжеекъ, ихъ связь съ брыжжейкой тонкихъ кишекъ, могли служить однимъ изъ благоприятныхъ моментовъ для поворота этихъ кишекъ по оси брыжжейки, что мы и наблюдали въ нашихъ случаяхъ.

Само собой разумѣется, что на основаніи этихъ только двухъ случаевъ приходитъ къ какимъ-либо вообще выводамъ о причинахъ этого вида volvulus'овъ не представляется возможнымъ, а потому мы приведемъ здѣсь нѣкоторыя данныя другихъ авторовъ. Такъ, напр., Wilms считаетъ причиной поворотовъ упомянутыхъ выше кишекъ еще и недостаточную фиксацію ихъ къ задней стѣнкѣ живота. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ подвижность толстой кишки,—говоритъ онъ,—можетъ быть обусловлена и другими моментами, приводимыми Faltin'омъ: 1) неестественная сдвигаемость и

растяжимость ретроцекальной или находящейся сзади colon. ascend. соединительной ткани, 2) mesocolon ascendens и 3) удлинение и увеличение coesum.

Что касается самаго поворота кишекъ въ нашемъ случаѣ, то здѣсь послѣдній произошелъ, главнымъ образомъ, по оси брыжжейки, а не по собственной кишечной оси, такъ какъ при такомъ поворотѣ кишки не могли бы перекинуться въ лѣвое подреберье.

Теперь мы перейдемъ къ описанію клиническаго теченія означенныхъ volvulus'овъ, для каковой цѣли болѣе подробно остановимся на разборѣ первого случая.

Больной 34 л., торговецъ, поступилъ 20/iv-1904 г. съ жалобами на рѣзь въ животѣ и вздутіе, появившіяся 4 дня т. н. внезапно, въ 10 ч. вечера. Рвоты не было, но отрыжка и икота все время. Стула и отхожденія газовъ нѣтъ 5-й день. Запорами раньше никогда не страдалъ. Въ день заболѣванія прыгнулъ съ высоты 2-хъ ступенекъ, послѣ чего сразу сдѣлалось дурно. Вообще за послѣдніе 5 дней сильно похудѣлъ и осунулся.

Больной посредственнаго питанія. Пульсъ 96, удовлетворительный. Нижнія границы hepatis et lienis не опредѣляются. Abdomen вздутъ довольно порядочно; область желудка тоже вздута. Въ лѣвой половинѣ живота, въ области colonis descend. et flexurae sigm. притупленіе, доходящее впередъ почти до средней линіи. Въ остальныхъ отдѣлахъ тимпанить. Болѣзненности рѣзкой не замѣчается, она всюду равномерная. Лѣвая половина живота выпячивается больше. При изслѣдованіи per rectum ничего особеннаго не найдено. Переводится на хирургич. отдѣленіе.

21/iv.—Пульсъ 108, слабый. Abdomen вздутъ, на брюшныхъ стѣнкахъ обрисовываются растянутыя петли кишекъ, слѣва немного больше, чѣмъ справа; стѣнки живота напряжены, животъ при ощупываніи болѣзненъ. Рвота нѣсколько разъ, съ каловымъ запахомъ.

Вечеромъ, подъ хлороформнымъ наркозомъ, была сдѣлана laparotomia. Разрѣзъ по бѣлой линіи, начинающійся пальца на 2 ниже мечевиднаго отростка и не доходящій на столько же до symph. pubis. По вскрытіи брюшины, тонкія кишки оказались рѣзко гиперемированными, сильно растянутыми газами. Слѣпая кишка находилась, приблизительно, на мѣстѣ нормального перехода colon. transv. въ colon. descend.; coesum была очень растянута, подъ ней лежалъ длинный proc. vermicularis. Serosa coeci спереди мутна, покрыта фибринознымъ налетомъ на прострѣствѣ въ серебряный рубль. Coesum повернута вокругъ своей

оси, повидимому, справа налѣво. Слѣпая кишка расправлена, затѣмъ прокололъ выпущенъ воздухъ и жидкое содержимое въ большомъ количествѣ. По наложеніи швовъ на отверстіе кишки и на брюшную рану, исключая средней ея части, куда были введены тампоны, сдѣлана повязка. Во время операции раза два пульсъ не прощупывался, вспрыскивали подъ кожу мускусъ. Рвота была съ каловымъ запахомъ.

Въ 11 ч. вечера больной скончался.

Прижизненный діагнозъ: *Volvulus*.

Патолого-анатомическій: *Volvulus intestinorum caeci et colonis ascendentis circa mesenterium commune. Mesenterium commune intestinorum tenuum et colonis ascendentis. Peritonitis acuta haemorrhagica. Emphysema pulm. Arteriosclerosis.*

Здѣсь мы имѣемъ полную картину кишечной непроходимости: отсутствіе стула и отхожденія газовъ, вздутіе живота и боли въ немъ, рвоту и икоты. Что же касается характера этой непроходимости, то она механическаго происхожденія, въ пользу чего говорятъ какъ внезапное начало заболѣванія послѣ сдѣланнаго больнымъ прыжка съ высоты 2-хъ ступенекъ, такъ и неравномерно вздутый животъ. Последнее обстоятельство, нѣкоторымъ образомъ, указываетъ и на форму разбираемой кишечной непроходимости, именно, на *volvulus flexurae sigm.*

Такъ, въ исторіи болѣзни мы имѣемъ отмѣченными, что въ лѣвой половинѣ живота притупленіе, именно, въ области *colon. descendens et flexurae sigm.*, доходящее почти до средней линіи; затѣмъ, что лѣвая же половина живота выпячивается больше. Свести эти явленія на простой копростазъ нѣтъ достаточныхъ основаній, такъ какъ клиническое теченіе нашего случая съ болями въ животѣ и даже съ наличностью уже явленій перитонита совершенно исключаетъ подобное предположеніе. Далѣе, принять это заболѣваніе вообще за одинъ изъ видовъ obturационнаго *ileus'a* нельзя, въ виду полного отсутствія среди объективныхъ его данныхъ указаній на перистальтику кишекъ и наличности быстро наступившаго перитонита съ обрисовавшимися на брюшныхъ стѣнкахъ растянутыми, парализованными кишечными петлями. Наконецъ, противъ допущенія здѣсь вообще странгуляціи кишки говоритъ форма вздутія живота, именно,

большая выпуклость живота слѣва, тѣмъ справа, гдѣ обычно располагаются странгулированныя петли тонкихъ кишекъ.

Но, съ другой стороны, въ разбираемой исторіи болѣзни нѣтъ и полной картины *volvulus'a flex. sigm.*; такъ, напр., совершенно отсутствуютъ указанія на признаки *Wahl'я*; а потому и высказаться съ положительностью, что здѣсь имѣется несомнѣнный случай поворота *flex. sigm.*, не представляется также возможнымъ.

Такимъ образомъ, если и нельзя съ увѣренностью принять нашъ случай за *volvulus flex. sigm.*, то, тѣмъ не менѣе, приведенныхъ мною доказательствъ достаточно, чтобы признать заболѣваніе вообще за *volvulus* кишекъ, безъ опредѣленія ихъ участка.

Что этотъ случай представлялся въ такомъ видѣ и лѣчившимъ его врачамъ, видно изъ установленнаго ими прижизненнаго діагноза—*Volvulus*.

Относительно терапіи даннаго заболѣванія нужно сказать, что она, конечно, должна была быть только хирургической.

О неблагоприятномъ исходѣ операціи, предпринятой только на 7-й день послѣ начала заболѣванія, когда уже имѣлась полная картина перитонита, намъ пришлось бы снова повторять то, на чемъ мы уже много разъ останавливались на предыдущихъ страницахъ.

То же самое нужно сказать и о 2-мъ нашемъ случаѣ—*Volvulus caeci et colon. ascendens*, данныя лапаротоміи и аутопсіи котораго приведены были нами уже выше.

Случай этотъ относится къ сапожнику, 44 л. отъ роду, поступившему въ больницу 29/vii—1894 г., на 8-й день послѣ начала своего заболѣванія, и умершему, спустя 5 дней. Операція здѣсь была произведена на слѣдующій день по поступленіи.

Въ эпикризѣ этой исторіи болѣзни сказано.

Больной поступилъ съ явленіями перитонита, появившимися въ то время, какъ уже не было стула недѣлю, безъ видимой причины. Былъ предположенъ заворотъ и сдѣлана лапаротомія: *colon ascendens*, имѣя свою брыжжейку, завернулась 1½ раза; заворотъ распутанъ. Послѣ операціи явленія перитонита усилились, и при упадкѣ сердечной дѣятельности больной умеръ.

Прижизненный діагнозъ: *Volvulus*.

Посмертный: *Peritonitis serofibrinosa acuta*.

Volvulus'ы, безъ отнесенія ихъ къ опредѣленной части кишечника.

Сюда мной отнесены 6 случаевъ кишечной непроходимости съ прижизненнымъ диагнозомъ—*Volvulus*. Въ двухъ изъ нихъ диагнозъ подтвердился данными медико-полицейскаго вскрытія, именно: 1) *Volvulus et Peritonitis* и 2) *Volvulus. Peritonitis supp. ac.* Остальные 4 случая также окончились смертью, но не были вскрыты. Въ принадлежащихъ этимъ послѣднимъ 4 случаямъ исторіяхъ болѣзни имѣется достаточно данныхъ только для того, чтобы признать въ нихъ вообще *volvulus*'ы, безъ опредѣленія участка кишечника.

Я нѣсколько остановлюсь на случаѣ, относящемся къ больному, 78 л. отъ роду, поступившему 11/IV—1900 г. и умершему черезъ 11 дней больничнаго пребыванія.

Въ эпикризѣ, относящемся къ исторіи болѣзни этого случая, сказано:

Больной поступилъ въ слабомъ состояніи, съ жалобами на боли въ животѣ и запоръ, къ которымъ присоединились рвоты. Запоры были и раньше; явленій перитифлита не было; быть предположенъ *volvulus*; операція не была сдѣлана вслѣдствіе слабости больного. Больной умеръ при явленіяхъ перитонита.

Прижизненный диагнозъ: *Arteriosclerosis. Peritonitis. Volvulus.*

Случай этотъ, какъ мы видимъ, принадлежитъ къ группѣ *volvulus*'овъ съ медленнымъ теченіемъ. Интересъ его заключается въ томъ, что больной поступилъ съ сильно вздутымъ животомъ, который, послѣ 5-тидневнаго больничнаго леченія, значительно опалъ. Но затѣмъ вздутіе его стало снова нарастать и ко дню смерти достигло большихъ размѣровъ. Такимъ образомъ, этотъ *volvulus* протекалъ съ картиной хроническаго *ileus*'а.

Ниже приведены мною въ таблицѣ остальные 5 *volvulus*'овъ, закончившіеся смертью не позже 1-го дня послѣ поступления въ больницу.

№ исторіи болѣзни.	Годъ поступленія въ больницу.	Возрастъ и занятіе больного.	Семейное положеніе.	Число дней съ начала заболѣванія до поступления въ больницу.	ДИАГНОЗЪ.	День операціи послѣ начала заболѣванія и характеръ ея.	ИСХОДЪ.	Число дней жизни послѣ операціи.	ПАТОЛОГО-АНАТОМИЧ. ДИАГНОЗЪ.
164.	1898.	42 г. Папиросница.	Замужняя.	1.	<i>Volvulus.</i>	—	Смерть.	13 ч.	<i>Septicaemia.</i>
166.	1897.	41 г. Конторщикъ.	Холостъ.	3.	<i>Volvulus. Peritonitis.</i>	—	Смерть.	10 ч. 40 м.	—
167.	1906.	46 л. Сидѣлка.	Замужняя.	1.	<i>Peritonitis.</i>	—	Смерть.	12 ч.	<i>Volvulus et Peritonitis.</i>
168.	1897.	54 г. Кухарка.	Вдова.	4.	<i>Volvulus. Peritonitis perfor.</i>	—	Смерть.	2½ ч.	<i>Volvulus. Peritonitis supp. ac.</i>
170.	1895.	40 л. Безъ занятій.	Женатъ.	7.	<i>Volvulus.</i>	—	Смерть.	1.	—

Недіагностированные случаи ileus'a.

Случаевъ этихъ 8, которые я и привожу въ таблицахъ:

№ историй болезни.	Годъ поступления въ больницу.	Возрастъ и занятіе больного.	Семейное положеніе.	Число дней съ начала заболѣванія до поступления въ больницу.	ДИАГНОЗЪ.	День операціи послѣ начала заболѣванія и характеръ ея.	Исходъ.	Число больничныхъ дней	Патол.-анат. ДИАГНОЗЪ.
171.	1898.	28 л. Конохъ.	Холостъ	3.	Colica intestinalis.	—	Выздоровленіе	13.	—
172.	1895.	33 г. Водопроникъ.	Женатъ.	5.	Incarceratio interna.	—	Выздоровленіе.	12.	—
173.	1903.	32 г. При мужья.	Замужняя.	6.	Peritonitis, Volvulus? Perimetritis	—	Смерть.	4.	Вскрытія не проводилось.
174.	1903.	42 г. Столяръ.	Женатъ.	6.	Enterostenosis, Ileus.	—	Улучшеніе.	8.	—

№ историй болезни.	Годъ поступления въ больницу.	Возрастъ и занятіе больного.	Семейное положеніе.	Число дней съ начала заболѣванія до поступления въ больницу.	ДИАГНОЗЪ.	День операціи послѣ начала заболѣванія и характеръ ея.	Исходъ.	Число больничныхъ дней	Патол.-анат. ДИАГНОЗЪ.
175.	1901.	32 г. Черноработчикъ.	Женатъ.	5.	Catarrhus gastro-intestin. ac.	—	Смерть.	7 ч.	Вскрытія не производилось.
176.	1903.	43 г. Крестьянство.	Вдова.	2.	Volvulus.	—	Смерть.	2 ч.	—
177.	1895.	19 л. Черноработчикъ.	Холостъ	2.	Peritonitis.	—	Смерть.	45 м.	—
178.	1903.	56 л. Фабрич. рабочий.	(?)	(?)	Volvulus.	—	Смерть.	4 ч.	—

Діагностировать эти случаи, за отсутствіемъ соответствующихъ данныхъ, не представлялось возможнымъ. 3 изъ нихъ окончились выздоровленіемъ, остальные же 5—смертью, причемъ вскрыты послѣдніе не были.

Въ заключеніе всей нашей работы намъ остается еще сказать, что всѣхъ оперированныхъ случаевъ вообще внутренней кишечной непроходимости было 66, съ 11 выздоровленіями, т. е. 16,7%. Остальные 112 случаевъ ileus'a изъ общаго ихъ числа — 178 — не были оперированы; изъ нихъ выздоровѣло 43 ч., т. е. 39,3%. Если же изъ числа неоперированныхъ случаевъ исключить 34 случая копростазовъ и компрессій кишечника, давшихъ 28 выздоровленій, то неоперированныхъ случаевъ остальныхъ видовъ кишечной непроходимости останется всего 78, съ 15 выздоровленіями, т. е. 19%.

Просматривая статистики другихъ авторовъ въ этомъ направленіи, мы находимъ: у Rutkowsky 46,4% выздоровленій среди 140 случаевъ кишечной непроходимости, не включая сюда рака кишечника; у Heidenhain'a — 60% изъ 25 случ. ея; у Kocher'a — 70,3% изъ 74 случ.; у Bergmann'a — 24,3% изъ 66 случ.; у Mikulicz'a — 48,6% изъ 70 случ.; у Цейдлера — 47% изъ 17 случ. Въ рефератѣ д-ра Gergö о 3-мъ конгрессѣ Венгерскаго Хирургическаго Общества въ 1910 г. въ Будапештѣ мы находимъ слѣдующія цифровыя данныя о смертности оперированныхъ больныхъ различными формами ileus'a:

Изъ 7 случаевъ Паралитическаго ileus'a	71,4%	(5+)
„ 39 „ Obturationsileus	43,5%	(17+)
„ 41 „ Strangulationsileus	43,9%	(18+)
„ 6 „ Intussuptionsileus	33,3%	(2+)

Въ среднемъ выводѣ 45,1%; всего 42 смертныхъ случ.

Представимъ теперь въ общемъ видѣ ту классификацію ileus'a, которая обняла собой весь означенный нами больничныи матеріаль.

Динамическій ileus.

I. Паралитическій ileus.

A) Peus paralyticus, вызванный воспаленіемъ брюшины:

- a) Закупорки брыжжеечныхъ сосудовъ.
- b) Appendicit'y.
- c) Разрывъ и порфѳораціи подвздошной кишки.

B) Peus paralyticus, вызванный чисто нервными вліяніями, невоспалительный.

Сюда относится 1 случай паралича кишекъ при истеріи.

II. Спазматическій ileus.

- a) Нервный спазмъ кишечника безъ опредѣленія причины, его вызвавшей; повидимому, на почвѣ истеріи.
- b) Спазмъ кишечника, вызванный хроническимъ свинцовымъ отравленіемъ.

Обтураціонный ileus.

- a) Копростазы.
- b) Обтурація вслѣдствіе сдавленія (compressio) кишечника со стороны:

- 1) органовъ брюшной полости, измѣнившихъ свое положеніе;
- 2) органовъ той же полости, подвергшихся патологическому увеличенію;
- 3) опухолей, развивающихся по сосѣдству съ кишечникомъ, а также и на его брыжжейкѣ;
- 4) большихъ абсцессовъ и инфильтрацій въ брюшной полости, а также и въ области малаго таза, именно, женскихъ половыхъ органовъ,
- и 5) наконецъ, инфильтрацій самихъ же кишечныхъ стѣнокъ, суживающихъ просвѣтъ кишки до полной его непроходимости.

с) Обтураціи вслѣдствіе сращеній и перетяжекъ кишекъ, вызванныя:

- 1) склейками или сращеніями кишечныхъ петель между собой;
- 2) перетяжками, съ нависаніемъ надъ ними кишечныхъ петель;
- 3) перетяжками, имѣющими на всемъ своемъ протяженіи структурную связь съ самой стѣнкой кишки,

и 4) приращеніями кишекъ къ различнымъ органамъ брюшной полости или къ стѣнкамъ послѣдней, въ частности, и въ области малаго таза.

d) Сѣуженіе кишекъ до полной ихъ непроходимости (стенозы).

e) Обтураціи, вызванныя инвагинаціями кишекъ.

Странгуляціонный ileus.

a) Странгуляціи вслѣдствіе ущемленія кишекъ ложными связками, какъ-то: тяжами, перемычками, перепонками.

b) Странгуляціи кишекъ вслѣдствіе ущемленія ихъ Мескел'евскими дивертикулами.

с) Странгуляціи кишечныхъ петель вслѣдствіе ущемленія ихъ въ отверстіяхъ большого сальника.

d) Herniae internae: Hernia duodenojejunalis, грыжи въ области слѣпой кишки, Hernia retroperitonealis anterior.

e) кишечные узлы.

Volvulus'ы.

a) Volvulus flexurae sigm.

b) Volvulus intestinorum tenuum.

c) Volvulus caeci et col. ascendents.

Затѣмъ можно указать еще на одну форму—ileus nervosus, который дѣлили на spasmodicus, paralyticus и antiperistalticus. Этотъ новый видъ опредѣляли разстройствомъ нервовъ кишечнаго канала.

Такимъ образомъ, ученіе Hippocrates'a и Galen'a считали въ продолженіе многихъ вѣковъ непреложнымъ, допуская лишь немногія къ нему поправки.

Благодаря этому, анатомы XVI и XVII вѣковъ, наблюдавшіе при вскрытіи точныя, вполне обоснованныя анатомическія причины механической кишечной непроходимости, не рѣшались прямо говорить объ этомъ.

Въ работѣ Leichtenstern'a мы находимъ имена этихъ ученыхъ. Привожу нѣкоторыя изъ нихъ.

Realdus Columbus, Riolan въ XVI стол., Peyer и Ruysch въ XVII описали инвагинаціи кишекъ; Fabric. Hildanus, Voerhaave опредѣлили ileus, вызванный сдавленіемъ кишечника различными опухолями брюшной полости; Alberti въ XVI, Bonnet въ XVII и Monro въ срединѣ XVIII разъяснили намъ ileus, являющійся послѣдствіемъ ложныхъ перемычекъ или перетяжекъ; Felix Plater въ XVI, Barbette въ XVII, Burserius въ XVIII описали образованіе кишечныхъ узловъ; Holler, Diversus сообщаютъ о случаяхъ ileus'a, вызванныхъ carcinoma'ми кишечника; случаи обтураціи кишечника вслѣдствіе желчныхъ и кишечныхъ камней сообщаются въ XVII Malpighi и Ruysch, въ XVIII вѣкѣ Chaptal и Sandfort; дивертикулы въ кишечникѣ впервые упоминаются въ XVI стол. у Buonazoli и Fabric. Hildanus, въ XVII—у Ruysch и въ XVIII у Litre; полное-же объясненіе ихъ происхожденія далъ Meckel. Странгуляціи кишекъ дивертикулами описаны въ первой половинѣ XVIII в. Moscati, Doeveren'омъ. Тогда-же, впервые, были описаны случаи непроходимости кишекъ вслѣдствіе попаданія ихъ петель въ ненормальныя отверстія въ брыжжейкѣ и сальникѣ—Brambilla, Monro, Callisen.

Насколько было велико рутинное подчиненіе прежнему устарѣлому взгляду на причину ileus'a, видно изъ того, что даже и Sydenham, признавшій механическій ileus, все-таки этотъ послѣдній называетъ побочнымъ, ненастоящимъ ile-

us'омъ и противопоставляетъ его истинному, динамическому ileus'у.

Вся эта спутанность въ пониманіи ileus'a оставалась еще и въ XVIII стол.

Однако, тотъ громадный матеріалъ, который накопился съ теченіемъ времени у патолого-анатомовъ, постепенно приучалъ врачей обращать вниманіе на патолого-анатомическую картину и считаться съ ней.

Съ момента-же паденія старой, гуморальной патологии, начала появляться точная классификація ileus'a, въ основѣ которой лежали уже патолого-анатомическія данныя.

Такимъ образомъ, понятіе „ileus“, какъ заключающее въ себѣ цѣлый рядъ przypadковъ при заболѣваніяхъ брюшной полости, стало расчленяться.

Начали различать тифлитъ, копростазъ, непроходимость кишечника вследствие обтураціи, странгуляціи и т. д.

Въ настоящее время подъ словомъ „ileus“ мы понимаемъ внутреннюю кишечную непроходимость, безъ опредѣленія ея причины, но сопровождающуюся цѣлымъ рядомъ przypadковъ, болѣе или менѣе постояннаго характера.

Наиболѣе характерными признаками ileus'a являются запоръ, рвота, доходящая до каловой, вздутіе живота, перистальтика кишекъ и боли.

Всѣ эти признаки тождественны съ явленіями ущемленія наружныхъ грыжъ, въ отличіе отъ которыхъ мы называемъ ileus внутренней-кишечной непроходимостью.

Какъ только удалось установить вполне опредѣленную анатомическую причину болѣзни, то понятіе „ileus“ по отношенію къ данному случаю сейчас-же отпадаетъ и замѣняется точнымъ діагнозомъ его.

Но, къ большому сожалѣнію, далеко не всегда представляется подобная возможность, и въ такихъ случаяхъ намъ довольно часто приходится пользоваться терминомъ „ileus“.

Да это и вполне понятно, если принять во вниманіе, что въ брюшной полости нѣтъ ни одного органа, заболѣваніе котораго не могло-бы не отразиться, такъ или иначе, на свободной проходимости кишечнаго тракта. Помимо этого, разнообразіе клиническаго теченія ileus'a, зависящее также и отъ

того, на какой высотѣ кишечника появилась его непроходимость, отъ величины ущемленной или сдавленной части кишки, ея брыжжейки, отъ степени сдавленія сосудовъ этихъ органовъ, наконецъ, отъ метода леченія больного и еще отъ безконечнаго числа подобныхъ моментовъ—все это еще болѣе дѣлаетъ затруднительнымъ правильную постановку діагноза.

Нашъ собственный матеріалъ по ileus'у служитъ доказательствомъ, какъ часто приходится встрѣчать ошибочные діагнозы, иногда совершенно не соответствующіе патолого-анатомической картинѣ даннаго случая.

Wilms говоритъ, что наблюдались случаи, когда налицо не было ни рвоты, ни сколько-нибудь значительнаго развитія метеоризма, а въ то-же время рано произведенная операція обнаруживала наличность кишечной непроходимости. Это обстоятельство подтверждается и нашимъ собственнымъ матеріаломъ.

Слѣдовательно, даже при первоначальныхъ признакахъ подобныхъ заболѣваній, мы уже имѣемъ право признать ихъ за ileus.

Словомъ, при болѣе широкомъ толкованіи ileus'a, мы должны въ немъ видѣть терминъ для опредѣленія всѣхъ заболѣваній кишекъ, соединенныхъ съ нарушеніемъ функций кишечника и его свободной проходимости.

Основываясь на всемъ вышеизложенномъ объ ileus'ѣ, мы можемъ сдѣлать еще два заключенія: во 1-хъ, едва-ли когда-либо представится возможнымъ опредѣлить весь симптомо-комплексъ ileus'a въ вполне исчерпывающемъ его видѣ, и, во 2-хъ, нужда въ этомъ терминѣ, по крайней мѣрѣ, при теперешнемъ состояніи медицинской науки, слишкомъ очевидна.

Wilms говоритъ: „Принимая во вниманіе условія практики, я вижу въ постановкѣ діагноза „ileus“, или только въ предположеніи возможности его, очень цѣнный моментъ, чтобы въ каждомъ такомъ случаѣ напомнить пользующему врачу о тяжелой отвѣтственности, вытекающей изъ этого діагноза и даже изъ одного предположенія его“.

Въ цѣляхъ своей работы, а отчасти и ради историческаго

интереса, мы приведемъ здѣсь нѣсколько классификацій, появившихся въ теченіе послѣднихъ десятилѣтій.

Предложено было подраздѣленіе ileus'a на прирощенный и приобрѣтенный; затѣмъ, на полную непроходимость кишечника и лишь отчасти затрудненную.

Leichtenstern даетъ два подраздѣленія ileus'a. Одно изъ нихъ въ основѣ своей имѣетъ только клиническую картину, а другое анатомическую причину.

Клинически онъ отличается:

а) Инкарцераци, странгуляці, завороты по оси и образованія узловъ, нѣкоторые случаи обтураціи вслѣдствіе желчныхъ камней, инвагинаціи intest. ilei у дѣтей—все это моменты, вызывающіе заболѣваніе въ острой формѣ и оканчивающіеся полнымъ замкнутіемъ кишечника.

б) Интусусцепціи, неполныя инкарцераци, многіе случаи обтураціи желчными камнями или посторонними тѣлами—причины, дающія тоже форму острого заболѣванія, но не вызывающія сразу полной непроходимости кишечника и въ благопріятныхъ случаяхъ заканчивающіяся выздоровленіемъ, или-же полной кишечной непроходимостью.

в) Суженія кишечника вслѣдствіе рубцовъ, неоплазмы, хроническаго перитонита, сжатія (компрессіи) вслѣдствіе постепенно развивающихся опухолей; копростазы, происходящія отъ причинъ функциональных (случаи хроническихъ обтураціи).

Подраздѣленіе анатомическое.

а) Причины, давленіемъ снаружи приводящія кишку къ полному закрытію ея просвѣта: инкарцерации кишекъ въ отверстіяхъ, щеляхъ; странгуляціи перетяжками, дивертикулами, червеобразнымъ отросткомъ; компрессіи опухолями, брыжейкой, сдвинутыми съ мѣста органами брюшной полости; повороты кишекъ по оси и образованія узловъ, благодаря чему происходитъ давленіе петель кишекъ другъ на друга.

б) Причины, закупоривающія внутри просвѣтъ кишки: обтураціи желчными, кишечными камнями, фекальными массами, новообразованіями, полипами, развивающимися въ самой стѣнкѣ кишки; вызванныя самой кишкой—интусусцепціи.

в) Наконецъ, причины, лежащія въ самой стѣнкѣ кишки или перешедшія на нее извнѣ и суживающія просвѣтъ кишки кольцеобразно или путемъ искривленія или перегиба кишки: стриктуры, рубцовые стенозы и стенозы отъ новообразованій.

Подраздѣленіе Дюшоссэ (Duchaussoy), предложенное въ его премириванномъ трудѣ 1860 г.:

1-й отдѣлъ. Нервное сжатіе (сокращеніе) кишки; спазматическое сжатіе.

2-й отдѣлъ. Сдавленіе (ущемленіе), вызванное причинами, которыя могутъ быть выяснены лишь послѣ смерти больного. Сдавленіе это можетъ касаться или самой кишки, или ея брыжейки; отсюда вытекаетъ анатомическое дѣленіе.

1. Сдавленіе брыжейки.

2. Сдавленіе кишки.

Сдавленіе кишки.

Первый разрядъ: факторы сдавленія находятся внутри кишки, или въ ея стѣнкѣ.

Второй разрядъ: факторы находятся внѣ предѣловъ сдавленной или ущемленной части кишки.

Первый разрядъ подраздѣляется на два рода.

- Центральныя инвагинаціи
- Вокровыя " "
- Мѣшчатая грыжа.
- Повороты кишекъ и брыжейки.
- Фиброзные полипы.
- Сосцевидныя гипертрофіи.
- Канцерозныя суженія.
- Суженія вслѣдствіе гипертрофіи оболочекъ.
- Суженія вслѣдствіе рубцовъ и воспаленій.
- Скопленіе жидкостей въ стѣнкахъ.
- Сростаніе 2-хъ противоположащихъ точекъ слизистой оболочки.

Первый родъ:

Факторы, находящіеся въ структурной связи со стѣнками ущемленной части, или вызванныя простымъ измѣненіемъ положенія этихъ стѣнокъ.

Второй родъ:

Факторы, не имѣющіе связи съ тканью кишечника.

1. Факторы, доставляемые самимъ организмомъ: Закупорка пластической лимфы.—Затвердѣвшія, скопившіяся фекальныя массы, кишечныя камни и сгустки.—Желчные камни.—Глисты.
2. Факторы, исходящія извнѣ: Булавки, кости, зерна и орѣхи, растительныя волокна, шерсть, волосы и проч. (Эти постороннія тѣла могутъ находиться какъ въ отросткѣ слѣпой кишки, или въ дивертикулѣ подвздошной кишки, такъ и въ самой кишкѣ).

Второй разрядъ подраздѣляется тоже на два рода.

- Петли, перетяжки, сростанія.
- Дивертикулы.
- Червеобразный отростокъ.
- Обвиваніе части кишки вокругъ другой.
- Часть кишки ущемлена другою частью ея, или между другими органами.
- Разрывъ наружной части инвагинаціи ущемляетъ проскользнувшую кишку.
- Брыжейка образуетъ тяжъ или представляетъ отверстие или опухоль.
- Сальникъ вытянутъ въ шнуръ, или представляетъ отверстие, опухоли, или мѣшечки.
- Mesocolon образуетъ тяжъ или представляетъ отверстие.

Первый родъ:

Факторы доставлены самимъ кишечникомъ, или связанными съ нимъ органами.

Второй родъ:
Ущемленія, причиненныя другими органами.

- Utrachus.
- Селезенка.
- Поджелудочная железа.
- Фиброзные опухоли матки.
- Беременная матка. Разрывы матки.
- Кисты яичниковъ.
- Мочевой пузырь: ракъ, камни, расщелины въ мышечной оболочкѣ.
- Фаллопьевы трубы.
- Круглыя связки.
- Широкія связки, представляющія отверстія или мѣста для образованія нарывовъ.
- Флегмоны въ области подвздошной ямки.
- Случайныя отверстія брюшины.
- Отверстія въ брюшныхъ стѣнкахъ.

Наконецъ, привожу классификацію Wilms'a, которая представлена въ слѣдующей послѣдовательности:

I. Динамическій ileus.

- 1) Паралитическій, послѣоперационный.
- 2) Спазматическій ileus.

II. Обтураціонный ileus.

1) Обтурація вслѣдствіе простаго закупориванія отверстія: фекальными массами, кишечными и желчными камнями, посторонними тѣлами, глистами. 2) Обтурація вслѣдствіе широкой компрессіи кишки. 3) Обтураціонный ileus, вызванный кистами или опухолями кишечной стѣнки: липомы, кисты, полипы, аденомы, міомы, саркомы. 4) Обтурація вслѣдствіе сращенія и перетяжекъ, послѣоперационный механический ileus; обтурація толстой кишки вслѣдствіе сгиба, Врингово замкнутіе. 5) Обтурація кишки при стриктурахъ вслѣдствіе воспаления или карциномы, хроническій ileus.

III. Странгуляціонный ileus.

1) Странгуляція вслѣдствіе кольцеобразнаго ущемленія въ отверстіяхъ сальника, въ отверстіяхъ брыжейки, mesocolon, въ широкихъ маточныхъ связкахъ; перекидное или кольцеобразное ущемленіе связками или перетяжками. 2) Внутреннія грыжи: грыжа foraminis Winslowii, грыжа 12-типерстной кишки (Treitz), грыжа recessus parajejunalis, грыжи въ области слѣпой кишки, praevesical'ныя грыжи, грыжа Дугласа, грыжа intersigmoidea.

IV. Необычныя формы ileus'a.

- 1) Ileus съ одновременнымъ возникновеніемъ препятствій для кишечной проходимости въ двухъ мѣстахъ.
- 2) Retrograd'ныя инкарцерации кишки.
- 3) Компрессія кишечника во время беременности и родовъ.

V. Hirschsprung'ова болѣзнь.

VI. Дивертикулъ Меккеля и непроходимость кишечника.

- 1) Эвагинація.
- 2) Энтерокистома.
- 3) Инвагинація дивертикула.
- 4) Дивертикулитъ.
- 5) Гангрена и некрозь.
- 6) Стенозь кишки.
- 7) Широкая компрессія и перегибъ кишки вслѣдствіе натяженія Меккелевскимъ дивертикуломъ.
- 8) Образование узловъ дивертикуломъ.
- 9) Обтурація кишки при боковомъ сдавленіи и странгуляціи кольцомъ дивертикула.

VII. Volvulus.

- 1) Volvulus тонкой кишки.
- 2) Volvulus слѣпой кишки.
- 3) Необычныя формы volvulus'a толстой кишки: въ области colon ascendens, transversi et colonis descend.
- 4) Volvulus flexurae sigm.

VIII. Образование кишечныхъ узловъ.

IX. Инвагинаціи.

По характеру приведенныхъ классификацій мы можемъ судить, что первыя двѣ изъ нихъ, какъ построенныя на случайныхъ признакахъ, безъ патолого-анатомическаго субстрата, совершенно не опредѣляютъ и не объединяютъ той массы различныхъ причинъ, которыми вызывается ileus.

Въ классификаціи Leichtenstern'a мы замѣчаемъ уже переходъ къ подраздѣленію различныхъ формъ ileus'a на основаніи анатомическихъ данныхъ. Помимо такого рода классификаціи, онъ приводитъ и другую, построенную на чисто клинической картинѣ ileus'a.

Созданное Leichtenstern'омъ на указанныхъ выше принципахъ подраздѣленіе формъ ileus'a вызвало появленіе новой классификаціи Duchaussoy, въ которой мы видимъ, въ свою

очередь, переходъ къ дѣленію ileus'a на динамическую форму, обтураціонную и странгуляціонную.

Очень подробно составленная, она рисуется намъ еще и все разнообразіе причинъ, благодаря которымъ можетъ возникнуть картина ileus'a.

Такимъ образомъ, классификація Duchaussoy легла въ основу подраздѣленія ileus'a на: 1) динамическій, 2) обтураціонный и 3) странгуляціонный, каковое дѣленіе и принято въ настоящее время.

Наконецъ, что касается классификаціи Wilms'a, то послѣдняя, сохраняя только что указанный, общепринятый характеръ, расчленена на большее количество отдѣловъ и значительно дополнена.

Такъ, напр., въ особые отдѣлы выдѣлены: volvulus'ы, invaginati'i, Меккелевскій дивертикулъ и т. д. Добавлены необычныя формы ileus'a, Hirschsprung'ова болѣзнь и пр.

Мы позволили себѣ привести въ подробностяхъ все имѣющіяся классификаціи ileus'a, такъ какъ считаемъ эту часть самой главной и существенной. Онѣ показали намъ, сколько положено труда, чтобы заключить все разнообразіе ileus'a въ легко доступную и понятную форму, сразу бы опредѣлявшую родъ этого заболѣванія.

Но, къ большому сожалѣнію, нужно сознаться, что классификаціи эти только отчасти достигаютъ своей цѣли, такъ какъ нѣкоторыя формы ileus'a остаются все-таки внѣ ихъ.

Сюда принадлежатъ тѣ изъ нихъ, которыя могутъ быть относимы одновременно къ нѣсколькимъ отдѣламъ его, или къ переходнымъ степенямъ между этими отдѣлами.

При распредѣленіи моего матеріала, мнѣ довольно часто приходилось быть въ нерѣшительности, отнести ли данный случай къ обтураціонному ileus'у, или странгуляціонному; къ обтураціонному, или динамическому и т. д. Выходомъ изъ такого положенія служили, въ однихъ случаяхъ, тщательнѣйшій разборъ патолого-анатомической картины, преобладающимъ характеромъ которой я и руководился; въ другихъ случаяхъ—вообще теченіе всей клинической картины ileus'a.

Что-же касается паралитической и спазматической формъ

динамическаго ileus'a, то, какъ говоритъ объ этомъ и Wilms, различеніе ихъ является въ большинствѣ случаевъ невозможнымъ, такъ какъ, обычно, спазматическое сокращеніе кишечныхъ петель въ послѣдствіи переходитъ въ паралитическое состояніе; или же параличъ кишечника можетъ явиться въ соединеніи со спазмой отдѣльныхъ петель его.

Итакъ, мы видѣли, какъ трудно, и даже невозможно, создать такую классификацію, которая могла-бы охватить все разнообразіе ileus'a.

Предпославъ эти общія данныя объ ileus'ѣ, мы перейдемъ теперь къ разработкѣ нашего больничнаго матеріала.

ГЛАВА II.

Распределение больничного материала и наши задачи.

Представляя себѣ всю трудность и сложность предстоящей задачи, заключающейся какъ въ предварительной выборкѣ за 15 лѣтъ случаевъ ileus'a изъ общаго количества скорбныхъ листовъ около 75000 и принадлежащихъ сюда протоколовъ вскрытій, такъ и во всестороннемъ использовании собраннаго, такимъ образомъ, значительнаго материала одной изъ самыхъ замѣтныхъ и большихъ столичныхъ больницъ,—я все-таки съ большимъ удовольствіемъ взялся за этотъ трудъ.

Мной руководило желаніе, во 1-хъ, самому себѣ уяснить наивозможно шире всю разнообразную картину ileus'a; во 2-хъ, подѣлиться добытыми выводами съ товарищами-сослуживцами, работой которыхъ и созданъ былъ разбираемый больничный материалъ, и, въ 3-хъ, опредѣлить причины того громаднаго % смертности, который вообще наблюдается при внутренней кишечной непроходимости, а въ частности также и въ Маріинской больницѣ.

Насколько успѣшно удалось мнѣ использовать означенный материалъ, пусть судятъ товарищи, я же могу сказать—*fecit, quod potui, faciant meliora potentes.*

Всѣхъ отобранныхъ мной исторій болѣзни съ несомнѣнной картиной ileus'a 178, съ 105 протоколами вскрытія.

При разбивкѣ своего материала я придерживался общепринятаго дѣленія ileus'a на 3 извѣстныхъ большихъ отдѣла, при чемъ группа инвагинацій вошла въ рубрику ileus obturatorius; volvulus'ы-же, по причинамъ, которыя будутъ изложены мной при описаніи ихъ, составили 4-ый самостоятельный отдѣлъ. Основаніемъ для такого подраздѣленія мнѣ

служили прежде всего данныя, обнаруженныя лапаротоміей, аутопсіей и, наконецъ, вообще клиническая картина ileus'a.

Такимъ образомъ, мы имѣемъ:

- 1) Peus dynamicus 15 случаевъ.
- 2) Peus obturatorius . . . 82 „
- 3) Peus strangulationis . . 28 „
- 4) Volvulus'ы 45 „

и 5) 8 случаевъ ileus'a безъ отнесенія ихъ къ какому-либо отдѣлу, за отсутствіемъ опредѣленныхъ данныхъ.

Что касается дальнѣйшей разбивки cadaго отдѣла ileus'a на виды или формы его, то мы рѣшили привести ихъ въ концѣ нашей работы, послѣ разбора всѣхъ этихъ видовъ,—ради большей ясности нашего подраздѣленія.

Для цѣлей дифференціальной діагностики ileus'a мной отобрано было еще 126 исторій болѣзни, гдѣ нѣтъ полной картины внутренней кишечной непроходимости, но имѣются данныя, заставляющія, по крайней мѣрѣ первое время, подозревать ее.

Онѣ представляются мной въ слѣдующей группировкѣ:

- 1) Appendicites, typhlites, perityphlites, perimetrites, rupturae intest. ilei, ulcera et perforationes iustest. ilei tuberculosa et typhosa, carcinomata ventriculi, peritonitis traumatica—всего 28 случаевъ.
- 2) Cholelythiases, colicae hepaticae—7.
- 3) Colicae saturninae—10.
- 4) Nephrolythiases, colicae renales—9.
- 5) Hysteriae, neurastheniae—10.
- 6) Vomitus gravidarum—5.
- 7) Coprostases—30.
- 8) Tumores abdominis—10.
- 9) Renes mobiles—10.
- 10) Helminthiases—4.
- 11) Graviditates extrauterinae—2.
- 12) Concretio partialis intest. ilei cum pariete abdominis in reg. umbilical.—1.

Изъ этого простаго сопоставленія случаевъ ileus'a и заболѣваний, подобныхъ ему, уже, а priori, можно сказать, какими трудностями иногда бываетъ обставлено одно лишь

опредѣленіе картины ileus'a, а тѣмъ болѣе, правильная ориентировка въ причинахъ, вызвавшихъ его.

Поэтому намъ вполне понятны сравнительно частыя ошибки, допускаемыя въ этомъ отношеніи врачами, а также и смѣшеніе терминовъ—ileus, volvulus, obturatio intest., incarceration interna, hernia incarcerata interna, oclusio intestin., coprostasis, peritonitis, catarrhus intest. acutissimus и т. д.

Позволю себѣ привести нѣсколько примѣровъ:

1) Диагнозъ—Peus. Во время операціи найденъ volvulus flexurae sigm. Листокъ за 1904 г., № 128.

2) Диагнозъ—Peus. Въ протоколѣ вскрытія записано: „Gangraena partis intest. ilei in foramine omenti majoris. Concretio omenti majoris cum pariete pelvis. Peus“... Листокъ за 1903 г., № 100.

3) Диагнозъ—Coprostasis. Въ протоколѣ вскрытія записано: „среди периметрическихъ ложныхъ перемычекъ находится ущемленная петля кишекъ (мѣсто перехода jejuni въ ileum), въ 10 снт. длиной. Эта петля ущемлена кольцомъ изъ этихъ перемычекъ, снт. 2½ въ діаметрѣ... Hernia incarcerata interna“. Листокъ за 1895 г., № 117.

4) Диагнозъ—Volvulus. Во время операціи найдено: „Proc. Meskelii расширенъ, удлинень, верхушка его срослась съ брыжейкой тонкихъ кишекъ, а черезъ него ущемилась тонкая кишка“. Листокъ за 1906 г., № 119.

5) Диагнозъ—Volvulus. Въ эпикризѣ сказано: „Сдѣлана лапаротомія, при которой констатировано, что причиной заворота была тонкая, въ видѣ струны, перемычка, идущая отъ кишки къ брюшной стѣнкѣ; въ кольцо, образованное этой перемычкой, попала петля кишки и здѣсь ущемилась“... Листокъ за 1901 г., № 98.

6) Диагнозъ—Neoplasma pelvis. Oclusio intestinorum. Во время лапаротоміи обнаружено, что фиброматозно перерожденная матка, повидимому, сдавливаетъ прямую кишку... Листокъ за 1897 г., № 75.

7) Диагнозъ—Peus. Laparatomia обнаружила: „спайки сальника съ кишечными петлями, прижатіе кишки сальниковыми перетяжками было въ верхней части восходящей кишки“. Листокъ за 1901 г., № 104.

ВЫВОДЫ.

Представивъ, на основаніи нашего матеріала, наивозможно шире всю разнообразную картину ileus'a и опредѣливъ причины того громаднаго % смертности, который вообще наблюдается при внутренней кишечной непроходимости, а въ частности также и въ Маріинской больницѣ, мы считаемъ возможнымъ теперь, въ заключеніе нашей работы, сдѣлать слѣдующіе выводы:

1. Симптомокомплексъ, опредѣляющій картину ileus'a, состоитъ изъ 5 кардинальныхъ признаковъ: 1) задержки стула и газовъ, 2) вздутія живота, 3) болей въ немъ, 4) рвоты и 5) перистальтики кишекъ.

2. По преобладанію тѣхъ или другихъ признаковъ можно установить отдѣлъ или форму внутренней кишечной непроходимости.

3. Peus дѣлится на формы: динамическую, обтураціонную и странгуляціонную. Такое дѣленіе является крайне важнымъ по существу, такъ какъ каждая форма ileus'a сразу предопредѣляетъ характеръ заболѣванія, а слѣдовательно, и его клиническое теченіе, терапію и прогнозъ.

4. За динамическую форму ileus'a, въ большинствѣ его воспалительныхъ случаевъ, говорятъ прежде всего: равномерность вздутія всего живота, рвота, сильныя боли въ животѣ постоянного характера и, наконецъ, задержка стула и газовъ, которая иногда можетъ прерываться небольшимъ отдѣленіемъ испражнений и газовъ изъ нижняго участка кишечника, особенно подъ вліяніемъ клизмъ.

5. Обтураціонный ileus въ большинствѣ случаевъ характеризуется непремѣннымъ присутствіемъ усиленной кишечной перистальтики, которая наблюдается черезъ стѣнки живота и сопровождается присущимъ ей шумомъ и плескомъ содержимаго кишекъ; кишечныя стѣнки во время сильныхъ перистальтическихъ сокращеній передъ мѣстомъ

механическаго препятствія достигаютъ иногда наивышей степени напряженія или, такъ называемаго, затвердѣнїя кишки. Въ тѣсной связи съ означеннымъ характеромъ перистальтики находятся и боли въ животѣ: то онѣ совершенно отсутствуютъ въ промежутки покоя кишечника, то дѣлаются жесточайшими, нестерпимыми, во время его перистальтическихъ движеній. Этой же перистальтикой опредѣляется неравномѣрность вздутія живота, именно, поверхность послѣдняго становится какъ бы волнистой въ мѣстахъ расположенія перистальтирующихъ петель приводящаго отрѣзка кишечника. Наконецъ, характеръ рвоты также зависитъ отъ силы кишечной перистальтики: чѣмъ послѣдняя энергичнѣе, тѣмъ быстрѣе рвота принимаетъ каловый характеръ.

6. Странгуляціонная форма ileus'a, въ преобладающемъ числѣ случаевъ, опредѣляется, прежде всего, наличиемъ постоянныхъ и сильнѣйшихъ болей въ животѣ, доводящихъ больного часто до коллапса. Боли эти, вслѣдствіе ихъ необыкновенной интенсивности, съ самаго начала ихъ сопровождаются появленіемъ, такъ называемой, рефлекторной или инициальной рвоты, сперва содержимымъ желудка, а затѣмъ и желчью. Въ зависимости отъ этихъ болей находится та же неравномѣрность вздутія живота, описанная нами въ обтураціонномъ ileus'ѣ, но совершенно противоположная по характеру своего происхожденія. Въ то время, какъ въ первомъ случаѣ она создается, какъ мы видѣли, перистальтирующими кишками, во второмъ—она происходитъ на счетъ сильнаго вздутія парализованныхъ кишечныхъ петель, принадлежащихъ какъ странгулированной части кишечника, такъ и его приводящему отрѣзку.

Помимо этого, странгулированныя кишечныя петли, подъ вліяніемъ сильнаго ихъ вздутія, дѣлаются резистентными на ощупь и вообще представляютъ собой тѣ признаки, которые описаны при странгуляціяхъ кишекъ Wahl'емъ.

7. Въ основѣ означенныхъ дѣленій внутренней кишечной непроходимости должна всегда лежать патолого-анатомическая картина, которая единственно и опредѣляетъ различный характеръ теченія ileus'a.

8. Существующія классификаціи ileus'a—Leichtenstern'a, Duchaussoy, Wilms'a, а также и наша—построены на вышеупомянутомъ принципѣ.

9. Патолого-анатомическая картина динамическаго ileus'a опредѣляется параличемъ кишечника въ зависимости отъ тѣхъ или другихъ причинъ, какъ воспалительнаго, такъ и невоспалительнаго характера. Слѣдовательно, подъ видомъ динамическаго ileus'a могутъ протекать различнаго происхожденія перитониты, а также и параличи кишекъ, вызванные чисто нервными вліяніями.

10. Патолого-анатомическая картина обтураціоннаго ileus'a опредѣляется всякій разъ характеромъ анатомическихъ причинъ, лежащихъ въ основѣ каждой обтураціи. Такимъ образомъ, начиная отъ простаго закупориванія кишечника фекальными массами и кончая сжатіемъ, а иногда и ущемленіемъ какой-либо части его съ соотвѣтственной брыжжейкой, мы и будемъ имѣть большое разнообразіе патолого-анатомическихъ данныхъ вплоть до гангрены кишки съ ея брыжжейкой и выпота кровянисто-серозной жидкости какъ въ полость кишки, такъ и въ полость брюшины. Во всѣхъ этихъ патолого-анатомическихъ данныхъ можно подмѣтить то общее, что всѣ они сравнительно медленно развиваются, чѣмъ и обуславливается также и медленное теченіе относящихся сюда случаевъ внутренней кишечной непроходимости.

11. Сущность патолого-анатомическихъ данныхъ при странгуляціонномъ ileus'ѣ сводится, главнымъ образомъ, къ сильному ущемленію той или другой части кишечника съ соотвѣтственнымъ участкомъ брыжжейки до прекращенія въ нихъ кровообращенія. Эта форма ileus'a обуславливается наличиемъ въ брюшной полости различныхъ анатомическихъ моментовъ, опредѣляющихъ этотъ отдѣлъ внутренней кишечной непроходимости. Слѣдовательно, здѣсь мы будемъ имѣть уже, въ противоположность вышеупомянутому медленному развитію разнообразныхъ патолого-анатомическихъ измѣненій въ органахъ брюшной полости, быстрое развитіе такихъ и, преимущественно, гангрены кишки съ ея брыжжей-

кой и выпотомъ эксудата какъ въ полость странгулированной кишки, такъ и въ брюшную. Быстротой наступления означеннаго омертвѣнія кишки съ ея брыжжейкой и вызывается острое течение большинства случаевъ кишечныхъ ущемленій.

12. Смѣшиваніе между собой формъ внутренней кишечной непроходимости, а тѣмъ болѣе обозначеніе ихъ другими терминами, какъ, напр., *volvulus*, *incarceratio interna*, *occlusio intestin.*, *catarrhus intest. acutissimus*,—неизбѣжно внести путаницу въ смыслъ точнаго и яснаго представленія каждаго такого случая, а слѣдовательно, его клиническаго течения и надлежащей терапіи.

13. Клиническое течение *volvulus*'овъ кишекъ имѣетъ громадное сходство съ странгуляціями послѣднихъ. Слѣдовательно, пока заболѣваніе *volvulus*'омъ не установлено какъ таковое, мы и относимъ его къ формѣ странгуляціоннаго *ileus*'а.

14. Главнымъ отличительнымъ моментомъ въ характерѣ признаковъ, свойственныхъ какъ большинству *volvulus*'овъ кишекъ, такъ и странгуляцій, является при *volvulus*'ахъ еще большая неожиданность и внезапность въ наступленіи заболѣванія, чѣмъ при странгуляціяхъ; вообще же замѣчается наиболѣе острое и рѣзкое проявленіе при *volvulus*'ахъ всего симптомокомплекса, присущаго странгуляціонной формѣ внутренней кишечной непроходимости.

15. При *volvulus*'ахъ *flexurae sigm.* характернымъ признакомъ въ дифференціальной діагностикѣ отъ кишечныхъ странгуляцій является наибольшая вздутость и существованіе резистенціи кишки въ означенной области—признакъ, очень рѣдко встрѣчающийся при странгуляціяхъ, въ которыя попадаютъ, въ преобладающемъ числѣ случаевъ, различныя части тонкой кишки.

16. Въ *volvulus*'ахъ тонкихъ кишекъ отличительнымъ признакомъ отъ кишечныхъ странгуляцій является, до нѣкоторой степени, то, что въ первомъ случаѣ болѣе часто существуютъ резистентность кишки и вообще признаки *Wahlg.*, чѣмъ во второмъ случаѣ.

17. Особенности анатомическихъ причинъ, какъ прирожденнаго свойства, такъ и приобретеннаго, способствующихъ возникновенію *volvulus*'овъ кишекъ; затѣмъ, самый механизмъ образованія препятствій для свободной проходимости кишекъ и, наконецъ, сравнительная частота этой формы кишечной непроходимости и вытекающее отсюда ея значеніе—все это послужило для насъ основаніемъ къ выдѣленію случаевъ *volvulus*'а кишекъ въ самостоятельный отдѣлъ.

18. Въ основѣ патолого-анатомическихъ измѣненій при *volvulus*'ахъ кишекъ лежатъ, прежде всего, сдавленіе сосудовъ брыжжейки, включительно до остановки кровообращенія въ ней, затѣмъ, выпотѣваніе серозно-кровоянистой жидкости какъ въ полость, захваченную *volvulus*'омъ кишки, такъ и въ брюшную полость, и, наконецъ, омертвѣніе кишки съ ея брыжжейкой,—словомъ, патолого-анатомическая картина, свойственная вообще кишечнымъ ущемленіямъ.

19. Клиническое течение всѣхъ вышеприведенныхъ формъ внутренней кишечной непроходимости, включая сюда и *volvulus*'ы, предопредѣляетъ, какъ мы уже упоминали, и характеръ терапіи каждаго въ отдѣльности случая.

20. Въ динамическомъ *ileus*'ѣ воспалительнаго происхожденія необходимо оперировать возможно скорѣе, чтобы предупредить наступленіе гангрены кишки и прободнаго перитонита. Въ случаяхъ же *ileus*'а невоспалительнаго происхожденія показана лишь одна внутренняя терапія.

Всѣхъ случаевъ динамическаго *ileus*'а мы имѣемъ 15. Оперированъ изъ нихъ былъ только 1, окончившійся смертью. Неоперированныхъ было 14, съ 4-мя выздоровленіями, падавшими на 1 случай воспалительнаго происхожденія и на 3 невоспалительнаго, т. е. всего выздоровленій 28,6%.

21. Случаи обтураціоннаго *ileus*'а, за исключеніемъ копростазовъ, должны подлежать также возможно скорому оперированію послѣ того, какъ въ ближайшіе 2—3 дня выяснилась безрезультатность внутренней терапіи.

Изъ имѣющихся у насъ, за исключеніемъ копростазовъ, 65 случаевъ означеннаго *ileus*'а—оперированныхъ было 26, съ 5 выздоровленіями, т. е. 19,2%; неоперированныхъ—39, съ

16 выздоровленіями, т. е. 41%, при чемъ на компрессіи кишечника пали 11 выздоровленій.

22. Для случаевъ странгуляціоннаго ileus'a хирургическая терапія является неоспоримымъ положеніемъ, при чемъ подача ея должна быть немедленной, въ крайнемъ случаѣ, не позже 1—2 сутокъ. Изъ 28 нашихъ странгуляцій мы имѣемъ 17 оперированныхъ случаевъ, изъ которыхъ 4 окончились выздоровленіемъ, т. е. 23,5%; неоперированныхъ 11, съ 1 выздоровленіемъ, т. е. 9%.

23. Немедленное производство операціи является еще большимъ показаніемъ въ случаяхъ volvulus'овъ кишекъ. Здѣсь слѣдуетъ оперировать въ первыя же сутки.

Всего volvulus'овъ мы имѣемъ 45. Изъ нихъ оперированныхъ—22, съ 2 выздоровленіями, т. е. 9,1%; неоперированныхъ—23, съ 2 выздоровленіями, т. е. 8,7%.

24. Причиной незначительнаго числа выздоровленій нашихъ больныхъ послѣ произведенныхъ имъ операцій нужно считать, прежде всего, запоздалое поступленіе ихъ въ больницу, а затѣмъ и сравнительно позднюю подачу въ послѣдней оперативнаго пособія.

Въ заключеніе своей работы считаю пріятнымъ долгомъ принести мою сердечную благодарность глубокоуважаемому профессору Николаю Александровичу Вельяминову за цѣнные совѣты въ распредѣленіи моего больничнаго матеріала и въ дальнѣйшей разработкѣ его и за указанія литературныхъ источниковъ, а также дорогое для меня вниманіе.

Профессора Сергѣя Петровича Федорова прошу принять мою признательность за просмотръ моей работы.

Приношу искреннюю благодарность сердечно-уважаемому приватъ-доценту Владиміру Николаевичу Томашевскому, ассистенту клиники, за глубокій интересъ, который онъ всегда проявлялъ къ моей работѣ, за демонстрацію мнѣ клиническихъ случаевъ ileus'a, за каждодневный почти просмотръ моей печатавшейся работы и важныя указанія пробѣловъ въ ней и вообще за его чисто товарищеское отношеніе и постоянную готовность притти на помощь словомъ и дѣломъ.

Curriculum vitae.

Константинъ Степановичъ Золотаревъ, сынъ чиновника, православнаго вѣроисповѣданія, родился въ г. Мариуполѣ въ 1868 году. Среднее образованіе получилъ въ Мариупольской Александровской гимназіи. Въ 1889 году поступилъ въ Харьковскій Ветеринарный Институтъ, который окончилъ въ 1893 г. со степенью ветеринара. Тогда же былъ командированъ Министерствомъ Вн. Д. въ Ставропольскую губ. для борьбы съ чумной эпизоотіей. Въ 1898 г. поступилъ на 3-й курсъ медицинскаго факультета Императорскаго Харьковскаго Университета, который и окончилъ въ 1901 г. При переходѣ съ 4-го курса на 5-й былъ награжденъ золотой медалью за сочиненіе на тему: „Измѣненіе состава мышцъ у животныхъ, лишенныхъ питовидной железы“. Въ годъ окончанія мед. фак. былъ назначенъ помощникомъ прозектора при кафедрѣ Судебной Медицины Харьковскаго Университета, въ каковой должности оставался до 1903 г. Въ томъ же году былъ зачисленъ экстерномъ въ С.-Петербургскую Мариинскую больницу для бѣдныхъ, а затѣмъ и на штатную должность ассистента-интерна той же больницы. Во время Русско-японской войны былъ откомандированъ въ 1904 г. въ качествѣ военнаго врача на театръ военныхъ дѣйствій въ Манчжурію, откуда прибылъ спустя 1½ г. По окончаніи срока интерната въ 1907 г., оставался еще въ теченіе 2-хъ лѣтъ въ качествѣ сверхштатнаго ординатора той же больницы, а въ 1909 г. былъ опредѣленъ на должность сверхштатнаго врача при больницѣ С.-Петербургской тюрьмы.

Экзамены на степень доктора медицины сдалъ въ 1903—1906 г.г. при Харьковскомъ университетѣ.

Имѣетъ слѣдующіе печатные труды:

1) „Измѣненіе состава мышцъ у животныхъ, лишенныхъ питовидной железы“.—Ауторефератъ. Напечатанъ въ Юбилейномъ Сборникѣ, посвященномъ проф. А. В. Репреву. Харьковъ 1903 г.

2) „Къ вопросу о микробахъ смегмы“.—Русскій журналъ кожныхъ и венерическихъ болѣзней“. Томъ II, № 7. Харьковъ, 1901 г.

3) „Дезинсекція бѣлья и платья“—въ статьѣ „Очеркъ эпидеміологіи возвратнаго и сыпного тифа, и изложеніе мѣръ борьбы съ ними“. Совѣщаніе ночлежныхъ врачей С.-Петербурга. Напечатанъ въ журналѣ „Гигіена и Санитарія“ за 1910 г. СПБ.

4) Настоящую работу подъ заглавіемъ „Матеріалы къ вопросу объ ілеусѣ по даннымъ С.-Петербургской Мариинской больницы для бѣдныхъ за 15-лѣтній періодъ, съ 1894 по 1908 гг.“ представляетъ въ качествѣ диссертациі на степень доктора медицины.

Положенія.

1. Встрѣчающіяся при операціяхъ нагноенія зависятъ, прежде всего, какъ отъ недостаточной стерильности кожи операціоннаго поля, такъ и рукъ хирурга.

2. Постоянный санитарный надзоръ за ночлежными домами является однимъ изъ самыхъ важныхъ мѣропріятій въ борьбѣ съ эпидеміями.

3. Устройство и оборудованіе городскихъ ночлежныхъ домовъ, согласно требованіямъ гигиены, должны быть предметомъ заботы городского самоуправления и служить, до нѣкоторой степени, разрѣшеніемъ остраго жилищнаго вопроса, особенно въ столицахъ.

4. Вопросъ, на какомъ пространствѣ долженъ быть ретенцированъ участокъ кишки, попавшей въ странгуляцію или volvulus, можетъ служить предметомъ особаго изученія и экспериментальнаго изслѣдованія на животныхъ.

5. Комплектованіе дѣйствующей арміи опытными хирургами должно быть равномѣрнымъ и одинаково-важнымъ какъ въ передовыхъ ея частяхъ, такъ и въ тылу.

6. Постановка вообще медицинскаго образованія въ Россіи и, въ особенности, изученіе и преподаваніе ветеринаріи—младшей сестры медицины—нуждаются въ значительныхъ улучшеніяхъ.

7. Среди перевязочныхъ матеріаловъ шелкъ является однимъ изъ наиболѣе часто вызывающихъ нагноеніе.

8. При острыхъ формахъ гонорреи примѣненіе въ началѣ ея появленія лекарственныхъ веществъ, въ особенности препаратовъ серебра, противопоказуется.

9. При начальныхъ формахъ флегмонозныхъ ангинъ смазываніе ихъ различными раздражающими веществами противопоказано.

10. Основнымъ леченіемъ cadaго туберкулеза является климатическое.

ЛИТЕРАТУРНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ.

1. Baer. Sammelreferat.—Zentralbl. f. Grenzgeb. d. Med. u. Chir.—Bd. 6.
2. Balser. Fett necrose des Pancreas.—Verh. des 11 internat. Congr. 1892.
—ds.— Ueber Fett necrose, eine zuweilen tödtliche Krankheit des Menschen.—Virchow's Arch. 1882, Bd. 90.
3. Bayer. Charakteristischer Meteorismus bei Volvulus des S-rom.—Arch. f. Klin. Chir. 1898. Bd. 57.
4. Bergmann. Zur Diagnose und Behandlung der Darmokklusion.—Arch. f. klin. Chir. 1900, Bd. 61.
5. Boerhaave. Aphorism. № 1226, 1251.
6. Borseký. Ileus durch Embolie der Art. mes. sup.—Beiträge zur klin. Chir. 1901.
7. Braun. Demonstration.—Bericht über die Verhandlung d. Deutschen Ges. für Chir. 20 Kongr. 1891.
8. Brunner. Ein durch Operation geheilter Fall von Thrombose der Mesenterialvenen.—Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. LXXXIX.
9. Curschman. Der Ileus und seine Behandlung.—VIII Kongr. f. inn. Med. 1889.
—ds.— Deutsches Archiv f. klin. Med. Bd. 53, 1894.
10. Deckardt. Ueber Thrombose und Embolie der Mesenterialgefäße.—Ein Beitrag zur Lehre von Ileus. Mitteilung a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., 1900. Bd. 5.
11. Dushaussoy. Anatomie path. des étrang. int.—Paris, 1860.
12. Eames. Med. Press and Circular, 1868.
13. Ежедневникъ Статистическаго Огдѣленія С.-Петербургской Городской Управы за 1911 г.
14. Emmert. Lehrbuch der Chirurgie.—Bd. 3., 1862.
15. Faltin. Volvulus coeci.—Nord. med. Ark. 1903.
—ds.— Beiträge zur Kenntniss des Volvulus coeci.—Finska läkaresällskapets Handlingar. 1902. Bd. 44.
16. Федоровичъ. Къ вопросу объ измѣненіяхъ кишечъ въ зависимости отъ разстройствъ брыжеечнаго кровообращенія.—Диссер. 1909—1910.
17. Galen. De locis affect., lib. VI. 2; difinit. med., 273; de sympt. caus., lib. I.
18. Garré. Beiträge z. klin. Chir.—Bd. IX, 1892.
—ds.— Fortschritte der Medicin.—Bd. IV, 1886.
19. Gergö. Bericht über die Verhandlungen des III Kongr. der Ungar. Ges. f. Chir., Budapest 1910.—Zentralbl. f. Chir., № 15, 1911.
20. Gerhardt. Embolie der Arteria mesenterica.—Würzburger Medicinische Zeitschrift. Bd. 4. 1863.
21. Gibson. Mortality and treatment of acute intussusception.—Med. Record, 1897. 17. VII.
22. Gruber. Ein Fall von Knotenbildung etc. und Klassifikation.—Virch. Arch. Bd. 48.
—ds.— Knoten der Ileumschlinge und Flexurschlinge.—Klassifikation.—Virch. Arch. Bd. 43, 1868.
23. Habershon. Diseases of the abdomen. London, 1878.
24. Heidenhain. Beiträge zur Pathologie u. Therapie des Darmverschlusses, 2 Theil v. Langenbecks Arch., 1898.
25. Гейслеръ. Къ симптоматологій закупорки брыжеечной артерій.—Сборникъ трудовъ врачей С.-Петербургской Маріинской больницы. VIII. 1908.
26. Hippocraticis. Opera. Ed. cur. Kühn, Lips. 1825. 8. T. I. 182, 312. T. II. 304, 506, 509. T. III. 466, 755, 758.
27. Kader. Ein experimenteller Beitrag zur Frage des localen Meteorismus bei Darmokklusion.—Deut. Zeitschr. f. Chir., 1892. Bd. 33.
28. Kaufmann. Ueber den Verschluss der Art. mes. sup. durch Embolie.—Virchow's Archiv, Bd. CXVI.
29. Киркоровъ. Образование гемор. инфаркта въ верхней брыжж. артерій.—Архивъ Подвысоцкаго, 1902, томъ 14.
30. Kiwull. Zur Diagnose des Volvulus der Flexura sigm.—Mitteil. a. d. Grenzgeb., 1902 Bd., 10.
31. Kocher. Mitteilung. a. d. Grenzgeb. Bd. 4. Ueber Ileus.
—ds.— Mitteilung. a. d. Grenzgeb. Bd. I.
32. Kölbinger. Beiträge zur Magen- und Darmchirurgie.—Bruns Beiträge. Bd. 33. 1902.
33. Kölliker. Entwicklungsgeschichte.
34. König. Centralbl. f. Chir. 1884 u. Verhandlungen d. X internat. med. Congr. 1890.
—ds.— Lehrbuch der speciellen Chir., 1899.
35. Kühn. Ueber Volvulus der Flexura sigmoidea.—Beitr. z. klin. Chir., 1902. Bd. 36.
36. Кусковъ. Случай тромбоза всѣхъ неварныхъ вѣтвей брюшной аорты.—Сборникъ трудовъ врачей С.-Петербургской Маріинской больницы, III.
37. Kussmaul. Zur Diagnose der Embolie der Arteria mesenterica sup.—Würzburger Med. Zeitschrift. Bd. 5, 1867.
38. Küttner. Ueber innere Incarceration. Arch. f. pathol. Anat. 1868. Bd. 43.
39. Leichtenstern. Руководство къ частной патологій и терапій.—Диссер. T. VII, ч. II.
—ds.— Deutsche med. Wochenschrift 1888. № 12.
—ds.— Verhandl. des VIII Kongr. f. inn. Med. 1889.
—ds.— Ueber Darminvagination.—Prag. Vierteljahr. 1873. Bd. 118, 119, 121.
40. Leonard. Archiv génér. de méd., T. V, № 4.
41. Lexer. Mesenterialfibrom, Resection des Dünndarmes.—Berl. klin. Wochenschr. 1904.
42. Lingen. Petersb. med. Wochenschrift, 1882.
43. Manteuffel, Z. v. Ueber den Volvulus des Coecum.—Chir. Kongr. 1898. Berlin.
—ds.— Die Achsendrehung des Coecum.—Langenb. Arch. 1898. Bd. 57.
—ds.— Volvulus coeci.—Volkmanns Samml. Klin. Vortr. 1899. № 260.
44. Maucclair et Jacoulet. L'infarctus hemorrhagique de l'intestin par oblitération veineuse ou arterielle.—Archives générales de Chirurgie. T. 3 et 4. 1908.
45. Mikulicz. Руководство практической хирургіи. 1902.
—ds.— Chirurgische Erfahrungen über das Darmkarzinom.—Arch. f. klin. Chir. Bd. 69. 1903.
—ds.— Deutsche med. Wochenschr. 1895.
—ds.— Ueber Ileus.—Therapie der Gegenwart 1900.
46. Naunyn. Ueber Ileus.—Mitteilungen a. d. Grenzgeb., 1895.
47. Neurta. Ueber die Erkrankungen der Mesenterialgefäße und ihre Bedeutung für die Chirurgie.

48. Nothnagel. Krankheiten des Darmes und Peritoneums.—Nothnagels Handbuch. 1899.
 --ds.— Beitrag zur Physiologie und Pathologie des Darmes.—Berlin, 1884.
 49. Nussbaum. Die Verletzungen des Unterleibs.—Deut. Chir. Bd. 44.
 50. Obalinsky. Ueber den Bauchschnitt bei inner. Darmverschluss.—Arch. f. klin. Chir. 1889. Bd. 38.
 51. Пиквинъ. Къ вопросу объ эмболии art. mesent. sup.—Русскій Врачъ, 1908. № 6.
 52. Ponfick. Fettneurose.—Verh. des Congr. f. innere Med. 1892.
 53. Richter. Ueber die operative Behandlung der Achsendrehung des Dünndarmes.—Diss. 1901.
 54. Rokitan sky. Ueber inn. Darmschnürungen.—Med. Jahrb. d. k. k. oester. Staats, Bd. 19 или N. Folge Bd. 10. Wien 1836.
 55. Rutkowsky. Die mechanische Unwegsamkeit des Darmes auf Grund 156 Fällen.—Samml. der zu Ehren weil. Prof. Obalinsky publizierten Arbeiten.
 56. Зерновъ. Руководство къ описательной анатоміи человека. 1891 г.
 57. Sprengel. Zur Pathologie der Circulationsstörungen im Gebiete der Mesenterialgefäße.—Archiv für klin. Chirurgie. 1902.
 58. Steinthal. Zur Prognose des Dünndarmsarcoms.—Münch. med. Wochenschr. 1904. № 27.
 59. Talkе. Ueber Embolie und Thrombose der Mesenterialgefäße.—v.-Brunns Beiträge 1903. Bd. 38.
 60. Толпыго. Laparotomia при внутреннихъ ущемленіяхъ кишекъ. Дисс. 1887.
 61. Treves. Darmobstruction. Englisch 1883. Deutsch von Pollack 1888.
 62. Wahl. Ueber die klin. Diagnose der Darmokklusion durch Strang- und Achsendrehung.—Zentralbl. f. Chir. 1889. Nr. 9.
 63. Weiss. Intussusceptio intestini. Sammelreferat von 1894—1899.—Zentralbl. f. d. Grenzgeb. der Med. und Chir. 1899. Bd. 2.
 64. Widerhofer. Darmkrankheiten.—In Gerhards Handbuch der Kinderkrankh. Bd. 4. 1880.
 65. Wilms. Der Ileus. Pathologie und Klinik des Darmverschlusses.—Deutsche Chirurgie. 1906.
 66. Цейдлеръ. Матеріалы къ патологіи и терапіи острой непроходимости кишекъ.—(Изъ Гор. Обуховской женской больницы). Лѣтопись русской хирургіи. 1898.



126/291

ОГЛАВЛЕНІЕ.

ГЛАВА I.

Краткій очеркъ исторіи ileus'a и классификація его 1

ГЛАВА II.

Распределение больничнаго матеріала и наши задачи 12

ГЛАВА III.

Динамическій ileus 17

I. Паралитическій ileus:

A) Ileus paralyticus, вызванный воспаленіемъ брюшины:

a) Закупорки брыжжеечныхъ сосудовъ 19

b) Appendicit'ы 32

c) Разрывъ и перфорациі подвздошной кишки 37

B) Ileus paralyticus, вызванный чисто нервными вліяніями, невоспалительный 40

II. Спазматическій ileus. 42

ГЛАВА IV.

Обтураціонный ileus 47

a) Coproostas'ы 48

Coproostas'ы съ явленіями быстро протекающей кишечной непроходимости 49

Coproostas'ы съ затяжнымъ теченіемъ кишечной непроходимости 56

Таблица coproostas'овъ 62

б) Обтурація вєлѣдствіє сдавленія (compressio) кишечника	стр. 63
Таблицы компрессій	77
с) Обтурація вєлѣдствіє сращеній и перетяжекъ кишекъ	80
Таблицы обтурацій	98
б) Сѣуженіє кишекъ до полной ихъ непроходимости (стенозы)	101
Таблицы стенозовъ	108
е) Обтурація, вызваннѣя инвагинаціями кишекъ	111

ГЛАВА V.

Странгуляціонный ileus	136
а) Странгуляція вєлѣдствіє ущемленія кишекъ ложными связками, какъ то: тяжами, перемычками, перепонками	141
б) Странгуляція кишекъ вєлѣдствіє ущемленія ихъ Meskel'евскими дивертикулами	153
с) Странгуляція кишечныхъ петель вєлѣдствіє ущемленія ихъ въ отверстіяхъ большого сальника	156
д) Внутреннія грыжи. Herniae internae	159
Hernia duodenojejunalis	159
Грыжи въ области слѣпой кишки	163
Hernia retroperitonealis anterior.	165
е) Кишечные узлы	168
Таблицы странгуляцій	175

ГЛАВА VI.

Volvulus'ы	180
а) Volvulus flexurae sigmoideae	189
Таблицы volvulus'овъ flex. sigm.	211
б) Volvulus'ы тонкихъ кишекъ	215
Таблицы volvulus'овъ тонкихъ кишекъ	226

с) Volvulus coeci et colonis ascendentis	стр. 230
Volvulus'ы безъ отнесенія ихъ къ опредѣленной части кишечника и таблицы ихъ	234
Недіагносцированные случаи ileus'a (въ таблицахъ)	236
Классификація	239
Выводы	241
Sigriculum vitae	247
Положенія	249
Литературный указатель	250

НАУЧНАЯ БИБЛИОТЕКА
1-го Харьк. Мед. Института

18449