

при этом методе лечения мы получили в 96,3%. 3) Производство диатермической операции не требует от врача специальной хирургической подготовки и проводится одновременно в порядке амбулаторного лечения, не требующего никакой асептики и антисептики. 4) Быстрая закупорка сосудов коагуляционными пробками делает операцию абсолютно бескровной и предупреждает возможность переноса метастазов путем имплантации раковых клеток в кровеносные сосуды. 5) Электрокоагуляция является идеальным ножом, дающим хороший терапевтический и косметический результат, и является методом выбора при лечении рака нижней губы. 6) Одним из преимуществ этого метода является его простота, благодаря чему хирургическая диатермия может получить широкое распространение и, при точных показаниях, применяться повсюду, где имеются аппараты диатермии.

Литература: 1) Kowarschik. Die Diathermie. 1928 г. — 2) Nagelschmidt. Die Diathermie. 1926 г. — 3) Albert Stein. Die Strahlentherapie in der Chirurgie. 1925 г. — 4) R. Werner. Там же. — 5) Поленов А. Л. Физיותרпия. 1928 г. — 6) Арандаренко. Диатермия. — 7) Stevens a. Tompson. Carcinoma of the lips. Radiology, May 1925, p. 372. — 8) Muir a. Joseph. Radiology. 1926, vol. VII, № 1, p. 51. — 9) W. F. Wassing. Реф. в Internationale Radiotherapie, 1925—26 г. — 10) Tillmans. Частная хирургия, ч. I, 1913 г.

Острая непроходимость кишек.

(По материалам Елабужскэй больницы за 11 лет с 1918 по 1928 г.)¹⁾.

Е. Н. Аврова.

С острой непроходимостью кишечника приходится иметь дело не только хирургу, но нередко также терапевту, гинекологу и педиатру. В вопросе о кишечной непроходимости еще далеко не все выяснено: не всегда бывает ясна этиология этого заболевания, также не выяснен еще окончательно механизм происхождения шока, тяжелых явлений и причины смерти. Все это объясняет, почему вопросу о непроходимости кишечника уделялось и уделяется много внимания как в периодической печати, так и на хирургических съездах. Так, острая непроходимость кишечника была программным вопросом на 19-м съезде в Ленинграде, а вопрос о химизме крови при кишечной непроходимости предположен темой для 22 съезда. В силу этого мы и позволяем себе сообщить о накопившемся у нас материале.

За одиннадцать лет, с 1918 по 1928 г., через хирургическое отделение Елабужской больницы с илеусом прошло 60 человек, из них операции подвергалось 50 ч., 5 чел. категорически отказались от операции, все умерли; трое с явлениями спастического илеуса были использованы консервативно (атропин, морфий) и выздоровели. У двоих непроходимость кишечника была вызвана кукурузными зернами в голодный год; непроходимость успешно ликвидирована масляными клизмами и удалением пальцем через ректум. В это число не включена непроходимость на почве ущемления грыж и разного рода остро воспалительных процессов как

¹⁾ Доложено на Научной конференции врачей в Н. Челнах 28 IX 29 г.

аппендицит, холецистит и др. Из пятидесяти оперированных выздоровело 22 ч., умерло 28 ч. (56%). Довольно высокий процент смертности может быть объяснен тяжестью и запущенностью случаев; в первые два дня было только 10 случаев поступлений; гангрена кишек отмечена в 16, давшая 80% смертности. Из пятидесяти оперированных мужчин было 38, женщин—12, что дает отношение 3:1; возраст большинства больных был от 30 до 50 лет, по профессии больные, за исключением двух (домашняя хозяйка и учительница), были крестьяне. Значительное преобладание мужчин в рабочем возрасте, занимающихся тяжелым физическим трудом и питающихся нерегулярно, преимущественно грубой растительной пищей, особенно в период полевых работ, как и в статистиках других авторов, подтверждает, что указанные условия являются предрасполагающими моментами в появлении непроходимости.

Наибольшую группу в моем материале, как и других русских авторов, из 50-ти 24 случая, почти половину, представляет из себя *заворот кишек* (у иностранных авторов процент заворота значительно ниже), из них на долю тонких кишек приходится 16 заворотов, на сигмовидную—7 и на слепую 1. В большинстве наших случаев поворот кишек вокруг оси брыжейки был на 360° и только небольшая часть на 270°. В брыжейке часто отмечены деструктивные изменения в виде рубцов, сморщивания, при завороте сигмовидной кишки найдено увеличение брыжейки и удлинение самой кишки. Что касается заворота слепой кишки, то он встречается очень редко. Его происхождение связывается исключительно с ненормально длинной брыжейкой, что отмечено и в нашем случае.

Из 24 больных в первые два дня поступили только 6 чел., остальные в третий, четвертый, пятый и шестой дни; из оперированных выздоровело 10 ч., умерло 14 ч.; процент смертности прогрессивно возрастал с каждым днем, доходя после пятого дня до 100. Все наши больные заворотом представляли более или менее резко выраженные явления шока и интоксикации, причем последняя была более выражена при завороте тонких кишек вследствие, повидному, их большей всасывающей способности гнилостных ядовитых веществ через поврежденную слизистую. Распознавание в первые дни, пока картина не маскировалась присоединившимся перитонитом, делалось сравнительно легко. Принималось во внимание внезапное тяжелое начало со рвотой, задержкой газов, симптом Валя, баллонообразное расширение пустой ампулы гестии. В некоторых случаях определялось путем пальпации и перкуссии скопление жидкости как в просвете кишек, так и в полости брюшины. В полости живота в большинстве случаев определялась прозрачная асцитическая жидкость; в двух случаях обнаружена была кровянистая жидкость на второй и пятый день заболевания, что следует объяснить более тяжелым повреждением кишечной стенки и ее сосудов, в шести случаях был найден фибринозно гнойный экссудат, указывающий на уже присоединившийся перитонит. Все последние 8 случаев окончились смертельно. Гангрена кишек отмечена при завороте тонких кишек в 6 случаях, при завороте флексуры три раза. Некоторые авторы отмечают более раннее появление гангрены при завороте сигмовидной кишки вследствие менее совершенного ее кровоснабжения.

Более резко выраженные деструктивные изменения, выражающиеся в сморщивании и стягивании брыжейки, отмечены были мною при заво-

роте сигмовидной кишки: во всех случаях она превращена была в петлю, напоминающую форму двухстволки.

По поводу заворота мною были произведены следующие операции на тонких кишках: деторсий 8 (с тремя смертями), кишечных свищей два (оба с летальным исходом), резекций 6 (с 4 смертями); на толстых кишках: деторсий—одна с мезосигмопликацией, резекций—4 (с 3 смертями), энтеро-анастомоз по Троянову-Винивартеру—2 (с одним смертельным исходом), эвагинации по Грекову—одна (с летальным исходом).

Следующим видом кишечной непроходимости у нас была *странгуляция*. К этой форме мы отнесли такие виды механической непроходимости, которые по патолого-анатомической и клинической картине, помимо нарушенной кишечной деятельности, связаны с расстройством брыжеечного кровообращения. Странгуляционный илеус у нас наблюдался в восьми случаях, все на тонких кишках с четырьмя смертными исходами. Причины, вызвавшие странгуляционную форму непроходимости, у нас сводились к следующим патолого-анатомическим изменениям в брюшной полости.

1) Странгуляция вследствие ущемления кишечной брыжейки воспалительным тяжем, идущим в одном случае от слепой и восходящей толстой кишки по направлению к брыжейке тонких кишек, которым она и была ущемлена; тяжерассечение, выздоровление. В двух случаях у женщин странгуляционная непроходимость получилась в результате препятствия в нижнем отделе тонких кишек благодаря многочисленным сращениям в этой части кишечника, исходящим из *genitalia*; ущемленная кишка была в обоих случаях гангренизирована; была произведена резекция, в обоих случаях с летальным исходом.

2) Ко второй группе отнесены два случая ущемления тонких кишек вместе с брыжейкой Меккелевым дивертикулом; рассечение, выздоровление.

3) В третью группу вошли двое больных, один с ущемлением тонких кишек в *foramen Winslowii*, другой с ущемлением тонких кишек в двенадцатиперстно-кишечном кармане. Первый больной после освобождения погиб при явлении шока и интоксикации, второй после резекции омертвевшей петли также умер на второй день от перитонита.

4) К странгуляции же мы относим один случай узлообразования; дело шло о больном, уже раньше подвергавшемся операции в брюшной полости: фиксированная сращениями к передней брюшной стенке по обе стороны от средней линии не очень длинная петля тонкой кишки образовала довольно туго затянутый узел вокруг другой петли тонкой кишки, и только рано произведенная операция, через 10—12 часов после начала заболевания, при полном отсутствии вздутия живота, но при наблюдающихся сильных болях и ясно выраженной перистальтике кишек, спасла больного от почти неминуемой гибели.

Во всех приведенных случаях обнаруженные при операции патологические изменения в виде сохранившегося Меккелева дивертикула, воспалительных тяжей, сращений после бывшей ранее операции, являлись одной из причин развития илеуса. Возникновению же непроходимости кроме того способствовали моменты, вызывающие усиленную пе-

ристалтику, как-то нарушение в диете, поносы, механические инсульты, на которые у всех наших больных были указания.

В группу *обтурационного илеуса* мы отнесли случаи закупорки просвета кишечника без вовлечения в болезненный процесс брыжейки. По поводу обтурации нами оперировано 11 больных, из которых выздоровело 6, умерло 5. Причины, вызвавшие обтурацию кишек у наших больных, сводились к следующим факторам: а) обтурация, вызванная давлением на кишечник со стороны опухоли живота извне, б) обтурация, развивавшаяся в результате существования внутрикишечной опухоли и в) третья группа, являющаяся следствием сращения кишек друг с другом или с органами брюшной полости.

К первой группе отнесены двое больных; один оперирован по поводу непроходимости тонких кишек, вызванной существованием саркоматозной опухоли, давившей не только на кишечник, но перешедшей на сальник и окружающие органы. За вздутием кишечника опухоль прощупать было невозможно, больной погиб вскоре после операции. Во втором случае обтурация нисходящей толстой кишки была вызвана давлением перекрутившейся кисты левого яичника, удаление кисты, выздоровление.

Ко второй группе отнесены 6 больных, из которых в пяти случаях непроходимость была вызвана раковой опухолью и в одном — туберкулезом слепой кишки. В двух случаях раковая опухоль располагалась в тонких кишках, была произведена резекция в обоих случаях (с выздоровлением). В трех случаях раковая опухоль локализовалась в сигмовидной кишке и на границе перехода ее в прямую. В двух случаях опухоль была резецирована и резецированные участки соединены конец в конец; в одном случае наложен свищ толстой кишки вследствие запущенности случая; трое последних больных погибли.

К третьей группе отнесены трое больных: у одного сращение тонких кишек друг с другом было выражено настолько, что весь нижний отдел кишечника представлял из себя один большой клубок, разобраться в котором не представляло никакой возможности. Существование сращений было вызвано туберкулезной инфекцией. Был наложен анастомоз между тонкими кишками и коленом сигмовидной, больной экзистировал. Сюда же отнесены двое больных с обтурацией сигмовидной кишки, перешедшей в одном случае вследствие приращения кишки к матке, в другом — к яичнику, в результате бывших ранее воспалительных процессов. После разделения сращений в обоих случаях выздоровление.

Характеризуя общее течение обтурации на основании своих случаев, мы, в согласии с другими авторами, должны отметить, что непроходимость этого вида отличалась более доброкачественным течением, чем непроходимость типа странгуляции; обтурация протекала менее остро, пульс долгое время оставался удовлетворительным, рвота присоединялась позднее, шок или совсем отсутствовал, или был выражен слабее, гангрена кишек присоединялась позднее.

Промежуточное положение между обтурацией и странгуляцией занимает *инвагинация*. С обтурацией она имеет сходство в том, что при данном заболевании мы имеем закупорку кишки, хотя и образовавшуюся за счет самой кишки, с странгуляцией же она имеет то общее, что при ней вовлекается в процесс и брыжейка внедренного участка кишки.

В нашем материале по поводу инвагинации оперировано пять больных (с двумя смертельными исходами). Все были мужчины в возрасте от 20 до 40 л. По отношению к общему числу ileus'a на нашем материале инвагинация составляет 6%, тогда как у иностранных авторов процент доходит до 30 (Treves). По Weiss'y более половины инвагинаций приходится на детский возраст. Отсутствие детей в нашем материале и вообще малый процент в статистиках русских авторов, по нашему мнению, объясняется тем обстоятельством, что инвагинация часто проходит под диагнозом диаррен и расстройства кишечника у грудных детей, которых почти никогда не направляют к хирургу.

В диагностике инвагинации мы руководствовались следующими признаками: 1. Жестокими схваткообразными болями в животе, более интенсивно выраженными, чем при завороте (больные настолько сильно кричали и стонали в палате, что совершенно не давали покоя другим, а некоторые все время катались по кровати). Этот болезненный симптом стоит в связи с ущемлением брыжейки, богатой чувствительными нервами. 2. Прощупыванием подвижной колбасовидной опухоли. 3. Нахождением кроваво-слизистых выделений в стуле, что было обнаружено у 4-х наших больных. Что касается этиологии болезни, то предрасполагающим моментом в двух наших случаях отмечен сильный понос, в двух — поднятие тяжести, в одном случае обнаружен полип тонкой кишки, в трех случаях длинная брыжейка слепой кишки (соесум mobile). В двух случаях, на первый и второй день заболевания, была произведена дезинвагинация внедрившейся тонкой кишки в слепую (в обоих случаях с выздоровлением). В трех остальных случаях на третий, четвертый и пятый день заболевания, вследствие имевшихся воспаления, отечности и сращений, дезинвагинация оказалась невозможна. Пришлось прибегнуть в двух случаях к резекции (с одним летальным исходом, внедрившаяся кишка оказалась гангренизированной). В одном случае на пятый день у больного, ослабленного и отравленного продуктами разложения из кишечника, чтобы не затягивать операции производством резекции, ограничился наложением межкишечного соустья; при явлениях интоксикации больной погиб.

В группу *динамического илеуса* у нас вошли два случая: спастический и паралитический. Один мужчина 30 лет оперирован был на третий день по поводу явления непроходимости. Обнаружено локализованное спастическое сокращение тонкой кишки, вызванное присутствием аскарид в просвете кишечника; энтеротомия, окончившаяся выздоровлением.

Один случай *паралитического илеуса* обусловлен был тромбозом верхней брыжеечной артерии у мужчины 50 лет с пороком сердца и с люэсом в анамнезе. При операции обнаружено полное омертвление нижнего отдела тонких кишек, слепой и восходящей, смерть на второй день.

Большинство наших больных гибло от интоксикации в первые послеоперационные дни, несмотря на устранение препятствия и казалось бы удовлетворительное общее состояние. Как средством против грозных симптомов интоксикации мы пользовались промыванием организма большим количеством физиологического раствора. Далее, неизменным условием для благоприятного послеоперационного прогноза мы считаем возбуждение перистальтики парализованного кишечника систематическим введением

под кожу стрихнина и физостигмина. И можем сказать, что при помощи этих средств спасли значительное количество больных, у которых после устранения препятствия не было стула. Высокие клизмы здесь мало оказывали значения, помогали еще клизмы глицериновые и масляные. Во всех наших случаях непроходимости больные как до операции, так и после были пользованы применением сердечных (digalen, strychnin, camphora) и, как сказано, введением под кожу больших количеств солевых и сахарных вливаний. Желудок пред операцией опоражнивался зондом. Большинство больных было оперировано под общим глубоким наркозом (эфир, хлороформ), чтобы не усиливать шока и спокойно работать при расслабленных мышцах живота. Хороший наркоз, подавляя рефлексы, уменьшает шок, улучшает работу сердца и значительно ускоряет операцию. Местной анестезией мы пользовались только в случаях, где надо было наложить свищ на вздутые петли. Спинально-мозговая анестезия применялась неоднократно, но она не всегда удавалась и иногда тяжело переносилась.

Что касается техники операции, то я применял широкий разрез от лона до пупка, в случае надобности быстро расширяемый кверху, особенно при сильно вздутых, близких к гангрене, кишках. Выгоды и преимущества широкого разреза очевидны: он наиболее удовлетворяет требованию бережного оперирования и обращения с кишками и брюшиной, при нем легче избежать потягиваний за брыжейку, легче ориентироваться и под контролем глаза отыскать и устранить причину непроходимости. При широком разрезе менее опасности разрыва раздутых и гангренозных кишек. В случаях сильно вздутых кишек — они опоражнивались проколом троакаром. Отыскание препятствия производилось планомерно, ощупывая и осматривая область илеоцекального угла, затем S-гуманум, потом верхней части брюшной полости, флексуры поперечной кишки, начало тощей, желчный пузырь, отыскивая спавшиеся петли и переход к ним вздутых.

Из Факультетской хирургической клиники Северо-кавказского гос. университета. (Директор проф. Н. И. Напалков).

Грыжа в полости влагалищной оболочки яичка.

Д-р В. Г. Потапов.

Являясь одним из наиболее старых и наиболее изученных отделов в хирургии — отдел грыж все же таит в себе еще много неясного и много такого, к объяснению чего приходится подходить с точки зрения отвлеченной гипотезы, а не с неопровержимыми научными данными. В частности, еще очень неясным представляется патогенез *herniae encysticae Cooperi*, хотя для объяснения его, в свое время, было предложено много разнообразных теорий.

Анатомической особенностью Cooper'овской или, как ее еще называют, „осумкованной“ грыжи является наличие двух грыжевых мешков, заключенных один в другом. После вскрытия первого мешка, выстланного с внутренней поверхности серозным покровом, в полости последнего