

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-гумпум, 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

оказывается висящим второй, содержащий внутренности и являющийся таким образом, уже собственно грыжевым мешком. Оба мешка тесно спаяны между собой по окружности в грыжевой шейке, благодаря чему наружный мешок представляется замкнутым и не сообщаемым с брюшной полостью. Стенка внутреннего мешка в одних случаях тонка, почти прозрачна, в других—толста и сосудиста. Иногда в ней могут быть отверстия, часто более или менее неправильной формы, сообщающие полости обоих мешков. При гистологическом исследовании (Крымов, Ledderhose, Епифанов и др.) она оказывается выстланной с обеих сторон брюшинным эпителием. В полости наружного мешка обычно находится более или менее значительное скопление жидкости. Иногда жидкость может и отсутствовать (Jaboulay, Forster). В отличие от *hernia Cooperi testicularis* различают *hernia Cooperi funicularis*, при которой, помимо двух мешков, имеется еще отдельная полость для яичка. Вообще же яичко, весьма нередко атрофированное, может лежать либо на дне первого мешка, либо быть подвешенным ко дну второго. Как отмечено многими авторами, эта форма грыжи часто комбинируется с крипторхизмом или неполным опусканием яичка.

Аналогично Коопер'овской грыже у мужчин, у женщин также находили осумкованную грыжу, где грыжевой мешок оказывался внедренным в кисту круглой маточной связки (случаи Berger'a, Knorr'a и др.).

Мы позволим себе привести случай Коопер'овской грыжи, наблюдавшийся в Факульт. хирургической клинике С.-К. Г. У:

Николай М., 22 лет, доставлен Пунктом скорой помощи 7 декабря 1928 г. с жалобами на вздутие живота, отсутствие стула и газов и наличие болезненной припухлости в правом паху. Объективно: живот вздут. В правом паху имеется напряженная, болезненная припухлость размерами 8×6 см. Диагноз: ущемленная правосторонняя паховая грыжа. При произведенной в экстренном порядке операции найдено следующее: разрез параллельно правой паховой связке, отступя на 1½ см. сверху от нее и заходящий на опухоль у корня мошонки. Подкожно-жировой слой мало развит. Сосуды очень широки, извиты, застойны и обильны. Они перерезывались между зажимами, после чего тщательно перевязывались. У подкожного пахового кольца обнаружена опухоль. Разрезан апоневроз, после чего оболочки опухоли рассекались между пинцетами. По вскрытии последней из них, довольно толстой, выделилось немного желтовато-золотистой жидкости без запаха. На дне оказалось яичко, величиной в 3×2 см., мягкое на ощупь, и еще образование величиною 7×4 см., принятое вначале за кишку. Однако при попытке пройти в брюшную полость, удлиняя разрез сверху, этого сделать не удалось, так как зонд остановился у слепого конца оболочек. Тогда, вновь между пинцетами было приступлено к послойному рассечению образования, лежавшего внутри вскрытого мешка. По вскрытии его, из него выделилось около 20 куб. см. прозрачного, желтоватого, серозного содержимого и у наружного отверстия пахового канала обнаружена, в виде плотного округлого тела, темно-красная петля тонкой кишки. По кохеровскому зонду было рассечено ущемлявшее кольцо, причем петля кишки отделена от рыхлых спаек, коими она соединялась по окружности пахового канала и ущемляющего кольца со стенками грыжевого мешка в шейке его. Серозный покров кишки нигде не был нарушен, она быстро приняла свой нормальный цвет, и, после осмотра ее и брыжейки, была опущена в брюшную полость. По обшиванию яичка лоскутом, выкроенным из наружного мешка, оно отправлено в правую половину мошонки недоразвитую по сравнению с левой. Край внутренней косой мышцы подшиты к паховой связке. Швы на апоневроз и кожу.

Mery и Petit в 1701 г. первые описали грыжу с двойным мешком. В 1767 г. с ней встретился Lesat. Heu в 1803 г. сообщил случай двойного мешка у 5-месячного ребенка, названный им „infantile

hernia". Соорер в 1833 г. дал подробное описание этой формы грыжи, назвал ее „la hernie enkystée de la tunique vaginale“. Bourguet в 1867 г. предлагает называть просто „hernie à double sac“. Целый ряд авторов занимался изучением этой необычной формы грыжи (Marchand, Jaboulay, Loockwood и др.). У русских авторов по этому вопросу имеются работы Суслова, Крылова и в последнее время опубликованы случаи Никитиной, Епифанова и Протопопова.

В 1913 г. Sultan и Kurtzhals собрали из мировой литературы 24 опубликованных случая, к которым они прибавили 2 своих. В 1927 г. Кнорр, сообщая свой случай, считал число опубликованных достигшим 27, а Протопопов в 1928 г.—30. Из доступной литературы нам удалось собрать 13 случаев, не вошедших в статистику Sultan'a и Kurtzhals'a, как опубликованные позднее (Крылов—1 сл., Levit—3 сл., Ledderhose—2 сл., Ledig—1 сл., Никитина—1 сл., Кнорр—1 сл., Епифанов—1 сл., Протопопов—3 сл.). Таким образом, общее число опубликованных по настоящее время случаев hernia encystica не более 40. В работах Суслова и Никитиной имеются ссылки на несообщенные в печати случаи Борнгаупта и Шнейдера.

Эта необычная форма грыжи вызвала целый ряд разнообразных теорий, стремящихся объяснить ее происхождение. Первая по времени появления, высказанная самим Соорер'ом—теория вворачивания влагалищной оболочки. По Соорер'у облитерация влагалищного отростка брюшины происходит только у подкожного отверстия пахового канала; выше же и ниже зарощение не наступает. В верхний отрезок, под давлением со стороны брюшной полости входят внутренности, оказывающие в свою очередь давление на облитерированную часть влагалищного отростка. Под влиянием этого постепенно происходит опускание и вворачивание верхнего отрезка в нижний, представляющий собой расширенную полость собственной влагалищной оболочки яичка.

Другая часть авторов (Bourguet d'Aix, Monod и Terillon) пытается объяснить механизм образования этого вида грыжи вворачиванием грыжевого мешка во влагалищную оболочку яичка. По этой теории зарощение влагалищного отростка наступает только у внутреннего отверстия пахового канала, и грыжевой мешок, образуясь смещением брюшины, является уже не врожденным, как у Соорер'a, а приобретенным. При своем постепенном спускании вниз он, встречаясь с влагалищной оболочкой, подобно пальцу перчатки, вворачивается в нее.

Duoytren выдвинул теорию „прислонения“ („l'adossement“), согласно которой лежащие рядом грыжевой мешок и гидроцеле, при разности давления в них, вворачиваются один в другой. Т. к. по мнению Duoytren'a давление в грыжевом мешке благодаря сообщению с брюшной полостью может быть временами очень высоким, то грыжевой мешок будет постепенно входить внутрь полости гидроцеле. Приблизительно подобный же взгляд высказывает и Selcke, видящий причинный момент во внедрении опускающейся грыжи в полость водянки. Kocher полагает, что hydrocele bilocularis может повести к образованию осумкованной грыжи при вворачивании верхней половины hydrocele в нижнюю. Он считает также, что даже при проколе простой водянки (однокамерной) понижением давления создаются благоприятные условия для

впячивания верхнего купола мешка в нижний. Jaboulay выдвигает теорию последовательной инвагинации различных сегментов влагалищного отростка на подобие отрезков зрительной трубы.

Как и все вышеприведенные авторы, Суслов также считает, что в основе осумкованной грыжи лежит неправильное зарращение влагалищного отростка у мужчин и Nuck'ова канала у женщин. Он полагает, что главной причиной вхождения грыжевого мешка внутрь влагалищной полости служит скольжение серозных оболочек, являющееся для поступательного движения грыжевого мешка наиболее легким путем, ибо, по мнению автора, грыжевому мешку легче вдавить подлежащий участок стенки влагалищного отростка, выстланный скользким серозным покровом, нежели прокладывать путь разъединением рыхлой клетчатки, окружающей канатик. Теории Seicke, Dupuytren'a, Kocher'a и др. требуют для развития *hernia encystica* обязательного наличия водянки яичка, Суслов же трактует водянку как явление вторичное, т. е. первично существующая, напряженная, наполненная жидкостью опухоль скорее заставит имеющий всегда разное напряжение грыжевой мешок обойти ее, нежели войти в ее полость. Sultan и Kurtzhals также высказываются за выпячивание внутренностями проксимально заросшего участка *prosc. vaginalis* и считают, что здесь речь может идти только о врожденной, а не приобретенной грыже. Looskwood же напротив полагает, что *prosc. vaginalis* закрывается у внутреннего пахового кольца, а грыжевой мешок рассматривает как приобретенный.

Большинство последних работ (Протопопов, Кнорр и др.) стоят на точке зрения теории внедрения „врожденного“ грыжевого мешка в дистальную часть влагалищного отростка. Под врожденным грыжевым мешком в этих случаях подразумевается проксимальный отрезок брюшино-пахового отростка, сохранивший свой просвет.

Все вышеприведенные теории являются теориями механического объяснения процесса образования осумкованной грыжи. Особняком стоят теории Крымова и Ledderhose.

Крымов видит причину в неправильности процесса зарастания влагалищного отростка. Согласно исследованиям автора, на внутренней стенке отростка образуются складки, вдающиеся в его просвет. Складки эти, срастаясь по всей длине, образуют полую трубку, могущую впоследствии совсем отшнуроваться от стенки пахового отростка и образовать таким образом отдельную полость, в которую сверху открыт доступ внутренностям. Последующее ее зарастание где-либо на протяжении может дать ту или иную форму Cooreg'овской грыжи. Круговое сращение внутреннего мешка с наружным происходит, как правило, в верхней части, где обычно и располагается максимальное количество круговых мышечных волокон кремастера. По мнению же Ledderhose причину следует искать в самостоятельном, активном росте верхушки грыжевого мешка. Автор подкрепляет свое мнение гистологической картиной одного из своих случаев, где было обнаружено усиленное разрастание молодой соединительной ткани в стенке мешка *herniae encysticae*. Наконец, в работе Протопопова есть ссылка на предположение проф. Герцена о возможном образовании внутреннего мешка путем активного разрастания эндотелия по типу новообразований.

Если всмотреться во все вышеприведенные теории, пытающиеся с различных точек зрения объяснить происхождение осумкованной гры-

жа, то окажется, что не все они достигают цели вследствие своей односторонности и обособленности, с одновременной переоценкой некоторых, иногда второстепенных данных.

Так напр., теории Dupuytren'a, Kocher'a, Selcke и др. требуют наличия водянки яичка, которая, однако, бывает далеко не во всех случаях. Теория Jaboulay кажется несколько искусственной и громоздко построенной. Не совсем правдоподобным представляется последовательное вдвигание 3-х расширенных участков брюшинно-пахового отростка одного в другой под влиянием давления внутренностей. Теория Крымова подверглась в недавнее время жестокой критике со стороны Епифанова и Протопопова, как неудовлетворяющая целому ряду клинических фактов. Нам тоже затруднительно представить такое отпирывание бокового вворачивания стенки, которое вело бы к образованию двух полосей. С другой стороны, теории, стремящиеся внести объяснение действием чисто механических причин, стоят в противоречии с тем фактом, что, при довольно высоком проценте всякого рода аномалий, поздних и неполных заращений влагалищного отростка осумкованная грыжа встречается чрезвычайно редко. Так, по мнению Сусллова, во всех тех случаях, когда канал не вполне зарос, когда сохранился остаток его просвета на том или ином протяжении, но ниже грыжи, т. е. в нижнем отделе отростка, при образовании грыжи получается впячивание ее в нижележащую незаращенную часть. Что это не всегда происходит, доказывается наличием таких случаев, где полость влагалищной оболочки остается открытой вплоть до пахового канала, а грыжевой мешок оказывается лежащим позади нея, не имея тенденции к вворачиванию. Такие случаи описывались сторонниками теории внедрения приобретенного грыжевого мешка (Berger) и трактовались как начинающаяся *hernia encystica*.

Как мы уже говорили выше, все эти теории страдают своей односторонностью и некоторой натянутостью. Наше глубокое убеждение, что к такому вопросу, как этиология грыжи, нельзя подходить с чисто анатомической или с чисто механической точки зрения. Нельзя ставить процесс образования грыжевых мешков в зависимость только от таких факторов, как ширина или форма пахового промежутка, угол наклона таза, апертура грудной клетки, внутрибрюшное давление и т. п. Даже, как показывают наблюдения, уступка в сторону влияния профессии также имеет под собой весьма зыбкую почву и часто получаемые выводы стоят в противоречии друг с другом и с анатомическими данными. Всякая теория, построенная, если можно так выразиться, на одной лишь голой анатомо-механической основе, поневоле упрется в тупик, если она забудет совсем или уделит слишком малое внимание физиологии тканей. Нельзя забывать ни на минуту, что здесь приходится иметь дело с живыми тканями, к которым трудно подойти с одними только голыми цифрами в руках и уложить их отправления в строгие рамки конституциональных индексов, как это делают некоторые исследователи. Тысячи анатомов, хирургов занимались и занимаются изучением состояния жировой клетчатки, апоневроза, мышц, фасций, паховых промежутков, паховых колец и других, несомненно, имеющих свою долю значения факторов, и почти никто, за исключением отдельных единиц, не подошел в этом же смысле к самой брюшине. А, ведь, грыжевой мешок составляет неотъем-

лемую часть всякой грыжи и, несомненно, заслуживает того, чтобы на изучение его было бы обращено достаточное внимание.

В этом отношении оригинальная теория Ledderhose, объясняющая образование осумкованной грыжи активным ростом брюшины, кажется нам стоящей на наиболее верном пути. Еще в 1907 г. Sohn высказал, на основании наблюдений, мнение, что, если не наступает полной облитерации влагалищного отростка, то в оставшихся незарощенными частях его наблюдается склонность к пролиферативному росту. Этим Sohn объясняет развитие дивертикулов в грыжевых мешках. Случай осумкованной грыжи Ledig'a, где наружный мешок имел 3 отростка, направившиеся в разные стороны, прекрасно иллюстрирует пролиферативную способность, задержавшейся в своем обратном развитии дистальной части пахового отростка. Наши гистологические исследования мешков врожденных грыж показали, что в стенке такого мешка имеется в большом количестве молодая соединительная ткань. Этот факт был нами поставлен в связь с той аномалией развития, какую представляет собой незарощение влагалищного отростка.

Мы вполне согласны с Cooper'ом, Суловым и др., что в основе осумкованной грыжи лежит несовершенное заращение влагалищного отростка. Частая комбинация этой грыжи с крипторхизмом служит несомненным доказательством этому. Но этого объяснения мало. Почему, например, внутренний мешок в одних случаях представляется толстым, гладким, пронизанным сосудами, а в других—тонким, почти прозрачным. Если бы в образовании его играли роль чисто механические причины, то он всегда оказывался бы тонким, растянутым действующим на него изнутри давлением. Вот тут то и должна выступить, по нашему мнению, на первый план жизнедеятельность порочной, не подвергающейся в свое время обратному развитию, брюшины влагалищного отростка. Гистологические исследования (Pellacani, Sachs) показали, что облитерация влагалищного отростка в норме происходит при помощи развития грануляционной ткани. Следовательно, известная часть клеток отростка, в процессе закладки его, должна наделяться избыточной долей потенциальной энергии к росту. Так как заращение отростка происходит после опускания яичка, то справедливо предположение, что этот процесс является стимулом, пробуждающим потенциальную клеточную энергию. Неопущение или неполное опущение яичка влечет за собой полное или только частичное незаращение влагалищного отростка. Таким образом, клетки частью оказываются невыполнившими поставленную им природой задачу и хранят свою энергию до тех пор, пока новый стимул (возможно, что это будет давление и раздражение входящими внутренностями) не даст толчек и не пробудит дремлющих в них пролиферативных способностей. Начинается рост ткани, но уже не ведущий к заращению отростка, чему препятствует выхождение внутренностей, а также, возможно, и утерянная способность эпителия этих участков к склейке. А на рост уже раз образовавшегося грыжевого мешка оказывает свое влияние целый ряд факторов, из которых на первое место надо отнести явления застоя в его стенке.

Вышеприведенное объяснение кажется нам наиболее правдоподобным, как имеющее под собой известную базу из данных гистологических исследований.

Мы озаглавили настоящее сообщение — „Грыжа в полости влагалищной оболочки яичка“, полагая, что такое название наиболее отвечает анатомической сущности вышеописанного заболевания.

Литература. 1) Епифанов. Вестн. хир. и погран. обл. кн. 30. 1927 г.— 2) Ledig. Deutsche Zeitsch. f. Chir. Bd. 158. 1920.— 3) Ledderhose. Ibid. Bd. 149. 1919.— 4) Levit. Ref. in. Z.—Organ f. die g. Chir. Bd. V.— 5) Кнорр. Zentr. f. Chir. 1927, № 13.— 6) Крымов. Учение о грыжах. 1928 г.— 7) Крымов Хирургия, 1913. т. 33— 8) Никитина. Юб. сборник, посв. проф. Мыш. 1925.— 9) Patel. Hernies. 1924.— 10) Протопопов. Новая хирургия, т. 6. 1928.— 11) Sultan u. Kurtzhals. Ref. in. Z.—Organ f. die g. Chir. Bd. III.— 12) Суслов. Русский врач, 1902, № 44—45.— 13) Потапов. 3-й Съезд хирургов Сев. Кавказа. 1929.

Из Акушерско-гинекологической клиники Казанского университета (директор— проф. В. С. Груздев).

Об условиях, определяющих опасность острых разлитых перитонитов¹⁾.

Ассистента П. В. Маненкова.

I.

„Перитонит, по словам проф. Тихова²⁾, является, несомненно, центральным пунктом не только всего отдела, посвящаемого хирургии брюшины, но и всей брюшной хирургии вообще и даже больше того— всей современной хирургии“.

Среди различных форм перитонита особое внимание привлекает к себе острый разлитой перитонит.

В громадном большинстве случаев острый разлитой перитонит развивается вследствие попадания в брюшную полость патогенных микробов, а потому и называется микробным или инфекционным.

Исходным пунктом большинства острых разлитых перитонитов является заболевание брюшных органов, из которых наибольшее значение в этиологии перитонита имеют желудочно-кишечный тракт и женские половые органы. Из заболеваний желудочно-кишечного тракта на первом месте здесь следует поставить аппендицит и язвенные процессы желудка и кишок (Kaufmann³⁾, Petermann⁴⁾). Женский половой аппарат, по Nothnagel⁵⁾, играет выдающуюся роль, как исходный пункт, в развитии перитонита. Для женщины это—абсолютно самый частый исходный пункт перитонита.

Развившийся тем или иным путем острый разлитой перитонит представляет собой очень тяжелое и опасное заболевание. Предоставленный в своем течении самому себе, он обычно быстро кончается смертью.

¹⁾ Пробная лекция на соискание звания прив.-доцента при кафедре акушерства и гинекологии.

²⁾ Частная хирургия. Т. 2. 1916 г.

³⁾ Lehrbuch der speziellen pathologischen Anatomie, B. I, 1922.

⁴⁾ Die Chirurgie des Bauchfells und des Netzes. Kirschner's u. Nordmann's Chirurgie. 1926.

⁵⁾ Nothnagel H. Die Erkrankungen des Darms und des Peritoneum.