

следней сгладилась. Таким образом, потребность в резекции кишки для восстановления ее просвета отпала. Нужно отметить также, что никаких сращений между петлями кишки, салынником и париетальной брюшиной не имелось.

Наложив 2 жома Douen'a, какие употребляются при экстирпации матки, я рассек между ними вращенные в свищ отрезки кишки. Проксимальные по отношению к кишечнику концы, разъединив их на месте сращения, я ввернул по направлению к анастомозу и закрыл двумя кисетными швами; дистальные концы разъединил, ввернул по направлению к свищу и закрыл каждый одним кисетным швом. Затем я легко вывернул их на корцанге со стороны брюшной полости наружу через отверстие свища. Брюшная рана закрыта послойно, наглухо. Вывернутые наружу отрезки кишки иссечены вместе с прилежащей кожей, паховый канал восстановлен. Наружное отверстие зашито частично. Введен марлевый выпускник. В дальнейшем гладкое заживление операционной раны и быстрое закрытие грануляционной раны бывшего свища.

Этого мальчика я видел через несколько месяцев после выписки из больницы и еще раз — года через полтора. Он был совершенно здоров.

Профессор И. И. Греков предложил метод удаления гангренозных грыж и вообще воспаленных тканей — en bloc. Доктор В. В. Крестовский удачно оперировал по этому принципу флегмонозную грыжу у мужчины, внося существенное дополнение в том смысле, что шел через отдельный разрез брюшной стенки, в некотором отдалении от флегмонозного очага, и иссекал грыжу en bloc изнутри кнаружи, о чем сообщил на XX Съезде российских хирургов в Москве и описал в статье — „О радикальном иссечении и en bloc ущемленных, гангренозных, паховых грыж у мужчин“ (В. X. и П. О. 26—27). Эти предложения являются бесспорным приобретением хирургии. Но решать вопрос в каждом отдельном случае — как оперировать гангренозную грыжу, мне кажется, следует в зависимости от состояния больного.

И при тяжелой интоксикации все же, пожалуй, осторожнее будет сначала наложить anus praeternaturalis, а радикальную операцию отложить до времени исчезновения явлений шока и интоксикации.

Что же касается метода эвагинации отрезков кишек через свищ, то он так прост и целесообразен, что применение его напрашивается само собой, раз делается чревосечение для восстановления кишки.

Из Хирургического отделения Казанской адмиралтейской рабочей больницы.

Случай подкожного разрыва селезенки ¹⁾.

Д-ра Ю. А. Ратнера.

В последние годы в связи с эпидемией малярии в нашей стране заметно чаще наблюдаются случаи подкожного разрыва селезенки. В голодные годы разрыв селезенки наблюдался также у тифозных больных.

Переполненный кровью, увеличенный в размерах, патологически измененный орган часто не выдерживает ничтожного физического напряжения. Описаны случаи разрыва малярийной селезенки при беременности, рвотных движениях, во время сна, при повороте на бок (т. наз. самопроизвольный разрыв селезенки). Однако, в большинстве случаев разрыв наступает после той или другой травмы (ушиб, падение). Тонкая капсула селезенки при этом разрывается легко, наступает тяжелое, часто смертельное, внутреннее кровотечение. Смертность без операции огромная (90—95%). Иногда кровотечение в свободную брюшную полость наступает не тотчас после травмы, а спустя несколько часов или даже дней (вторичное кровотечение).

Механизм разрыва селезенки не всегда одинаков. Во многих случаях имеет место непосредственное воздействие внешней силы на нижний полюс увеличенной селезенки. Чаще, однако, удар приходится по реберной дуге. Разрыв происходит

¹⁾ Долож. в хир. секции Казанск. общ. врач..

вследствие резкого смещения селезенки. Связочный аппарат, а также патологические сращения удерживают селезенку и не дают ей ускользнуть от удара. Имеет значение одновременное сильное сокращение диафрагмы, дающее толчок селезенке книзу. Все эти моменты, часто мало уловимые, имеют, однако, большое значение при увеличенной набухшей селезенке. Некоторые сравнивают такую легко ранимую селезенку с большим, раздутым, наполненным жидкостью пузырем, где приложим закон Паскаля. Тонкая капсула от действия ничтожной силы легко разрывается чаще всего у ворот селезенки, где она менее податлива и эластична. Разрывы селезенки встречаются больше всего на внутренней стороне ее. Степень разрыва может быть различной. В случаях, когда целостность капсулы не нарушена, образуется подкапсулярная гематома. Под напором излившейся крови капсула может разорваться спустя некоторое время после травмы. Так бывает в случаях, когда больные долго после ушиба чувствуют себя хорошо, и затем внезапно погибают от вторичного кровотечения. Наступивший разрыв селезенки больные принимают, как ощущение внезапной жгучей боли в левом подреберьи. Вслед за этим наступает выраженный в той или иной степени шок. Больной, если он находился на работе, или во время ходьбы, падает, как подкошенный. Чувство внезапной слабости, кратковременная потеря сознания, тошнота и рвота, как при ударе в живот, при перитонеальном шоке. При глубоких, множественных разрывах кровотечение может вызвать смерть уже через несколько часов. Клиническая картина при разрыве селезенки составлена из явлений анемии и раздражения брюшины. Резкая бледность, частый малый, нитевидный пульс, болезненность и напряжение брюшной стенки имеют место почти всегда и указывают на внутреннее кровотечение. Часто уже через несколько часов можно определить наличие свободной жидкости в брюшной полости. Перкуторный звук притуплен больше слева. Боли и напряжение брюшных мышц (*défense musculaire*) также выражены слева. Всегда необходимо исключить разрыв почки и выпустить мочу, если больной сам не мочился. При невыраженной картине иногда бывает трудно отличить разрыв селезенки от перфоративного перитонита или внутреннего кровотечения другого происхождения.

В Адмиралтейскую рабочую больницу 7/IX 1929 г. в 7 часов вечера был доставлен Станцией скорой помощи 6-ой К. 23 л. по профессии чернорабочий. Накануне, утром во время работы он свалился с лесов с высоты 3 аршин. Ударился, по его словам, несильно и уже через несколько минут мог опять приступить к работе, проработал до 9 часов вечера и никаких болей не чувствовал. Придя домой стал ощущать боль в левом боку, слабость, одышку. Ночью спал хорошо. Утром отправился пешком на ферму, на расстоянии версты от дома, по дороге почувствовал внезапную острую боль в животе, как будто ножом ударили, упал от крайней слабости, но сознания не терял. Через полчаса добрался до фермы, куда была вызвана карета скорой помощи, доставившая его в больницу. За неделю до этого перенес острый приступ малярии и был освобожден по болезни до 5/XI. Первый раз болел малярией в 1925 г.; приступы были вначале через день, затем каждый день. Болел около 2-х месяцев. Других инфекций в прошлом не было. При осмотре: резкая бледность кожных покровов и видимых слизистых. Жалуются на сильные боли в животе, главным образом в левом боку, общую слабость и одышку. Пульс малый, частый (120 в '). Живот слегка и равномерно вздут, чувствителен при надавливании. Боль при давлении очень сильная в области левого подреберья и ниже. Здесь же значительный *défense musculaire*. Область почки менее болезненна, не выпячена. Перкуторный звук в отлогих частях живота притуплен, больше слева и над лобком. Высота звука меняется при перемене положения больного. Границы печеночной тупости в норме. Стул и газы задержаны. Тошноты и рвоты не было. С утра не мочился. Выпущенная катетером моча представляется светлой, прозрачной без примеси крови. Диагноз до операции: подкожный разрыв селезенки.

Под общим эфирным наркозом лапаротомия по средней линии. В брюшной полости много жидкой крови. Введенной рукой определяется разрыв селезенки. Добавлен поперечный разрез через левую прямую мышцу. Селезенка значительных размеров, с детскую головку, имеет с внутренней стороны и на передней поверхности несколько глубоких разрывов. Под рукой ощущается мягкий, бесформенный орган. В виду продолжающегося сильного кровотечения наложен клемм на сосудистую ножку, ножка перевязана, после чего селезенка удалена легко. Удалено много кровяных сгустков, находившихся под левой диафрагмой. Тампон в задний угол раны. На остальном протяжении рана послойно зашита. Под кожу физиоло-

гический раствор, камфора. К концу операции пульс удовлетворительный. В дальнейшем совершенно гладкое течение. Рана зажила per primam.

Исследование крови, сделанное после операции дает следующую картину: Hgb 69%, E. 4.120.000, FJ, 0,84, Z—9,550. Формула по Schilling'у Iung—0, St—10,5%, Sg—44,5%, lym—31,5%, mon—9%, bas. 0,5%. Нерезко выраженный anisopoikylozitis; много базофильнопунктиров, эритроцитов. Таким образом со стороны белой крови мы имеем незначительный лейкоцитоз при количестве лимфоцитов, моноцитов, эозинофилов и верхней границы нормы. Со стороны красной крови—гипохромная анемия.

Интересно отметить, что спустя 3 недели после спленэктомии у больного наблюдались типичные приступы малярии. В крови плазмодий не найдено. В настоящее время больной чувствует себя совершенно здоровым.

В настоящее время уже нет больше споров по вопросу об оперативном лечении при разрыве селезенки. Методом выбора является спленэктомия. Консервативные методы лечения: шов селезенки, тампонада, пластика сальником, мышцей оставляют у хирурга неуверенность в остановке кровотечения. Описаны случаи смертельного вторичного кровотечения после сохраняющих операций на селезенке. Бесселезеночные больные хорошо переносят все невзгоды жизни, стойко борются с инфекцией, но не избавлены от приступов малярии. Функцию селезенки принимают на себя ретикуло-эндотелиальная ткань и костный мозг. Смертность после спленэктомии остается высокой, что следует объяснить большой кровопотерей. Необходима равная операция во всех случаях, где является подозрение на разрыв селезенки.

Из Гинекологического отделения б-цы Чудновского Водного транспорта
в Ленинграде (главврач—А. В. Средневский).

Редкий случай позднего осложнения после лечения радием.

П. И. Руллэ.

Непосредственные осложнения после лечения радием в виде язв, фистул, стриктур и т. д.—явление нередкое и, несмотря на это, только сравнительно небольшое количество их описано в литературе. Совсем иначе обстоит вопрос с теми осложнениями, которые проявляются через много лет по окончании лечения. Эти осложнения представляют собою редкость. В литературе я мог найти всего только один такой случай, описанный Н. Heidler'ом, как *cystitis dissecans gangraenescens* (Stoesckel) *actinogenetica*, случай, который более или менее аналогичен моему нижеприведенному.

Случай Н. Heidler'a экзквизитен тем, что у больного образовался пузырно-влагалищный свищ на восьмом году после последнего или на девятом году после первого сеанса радиотерапии. Медленно, но верно продолжался здесь процесс разрушения ткани от лучей радия, пока не обнаружилась фистула. У моей больной пузырно-влагалищный свищ появился несколько раньше, а именно через полные шесть лет после последнего сеанса или в конце седьмого года после первого сеанса радиотерапии,—явление тоже совершенно исключительное. По позднему времени вторичного заболевания эти два случая единственные в литературе. Как правило, пузырно-влагалищные фистулы проявляются гораздо раньше (случай Weibel, Albano, Haslinger, Latzko и др.). Чем же объясняется то обстоятельство, что описания позднего образования свищей после радия совершенно отсутствуют в литературе; тем ли, что они редки, или другими причинами.

Бесспорно, что подобные случаи позднего осложнения—явление не частое, ибо от 60—70% всех больных, подвергшихся лечению лучистой энергии, погибают в течение первых пяти лет от рецидива рака и примерно 10% от других случайных заболеваний. Таким образом 70—80% всех больных выбывает из строя до истечения 5 лет. Остается только около 20% всех больных, переходящих этот пятилетний срок. Среди последних, нужно полагать, известное количество погибает от поздних фистул, образовавшихся после пяти лет. Большинство из них не попа-