

5) Пункция показана лишь в момент операции, причем, как правило, когда добыт гной, игла не должна выниматься и разрез производится по ходу ее.

6) Своевременная пнеймотомия облегчает отток гноя, дает быстрое падение t^0 , улучшает общее состояние больного и в большинстве наших случаев сравнительно быстро вела к стойкому выздоровлению.

7) При правильном послеоперационном уходе, и в частности при применении вливания в операц. рану Balsam. peruvian., вызывающего рост здоровых грануляций, возможность таких осложнений, как бронхиальные фистулы и долго незаживающие свищи, значительно уменьшается.

8) Для оценки стойкости результатов операции необходимо последующее длительное наблюдение и повторные рентгеноскопии тут же после операции, в особенности в случаях множественных абсцессов, когда при пнеймотомии не всегда вскрываются все полости, а последующие вскрытия их в опорожненную полость или наружу значительно отдалают время выздоровления. В таких случаях, в зависимости от результатов рентгеноскопии, может возникнуть вопрос о повторном опорожнении абсцессов через уже вскрытую полость или же путем нового разреза.

9) Обращают на себя внимание случаи легочных абсцессов, которые после пробных пункций, даже с отрицательным результатом, ведут к быстрому самовызлечению гнойников, несмотря на то, что предварительное консервативное лечение (неосальварсан и пр.) не дали положительных результатов.

Литература: 1) Труды XVI Съезда Российских хирургов, 1924 г.—2) Труды VII Съезда Терапевтов, 1924 г.—3) Кончаловский. «Русская Клиника» 1924 г. № 2.—4) Прокин. Там же.—5) Кушева. «Вестник Хирургии и Погр. областей», 1928 г., т. XIV.—6) Опokin. Пнеймотомия в России. Диссертация, 1907 г.—7) Фабрикант. «Врачебное дело», 1925 г. № 18.—8) Спасокукоцкий. Труды II-го Поволжского Съезда, 1928 г.—9) Спасокукоцкий и Михалевский. «Вест. сов. мед.», 1927 г. № 11.—10) Трутнев. III-й Краевой Съезд Рино-ларинго-отитов, Казань, 1929 г. 11) Ойфебах. Там же.—12) Незлин. «Вопросы туберкулеза», 1927 г. № 8.—13) Sauerbruch. Münch. med. Woch. 1926 г. № 5.—14) Sauerbruch. Stat. из Kraus и Brugsch. Bd. III.—15) Brauer. Beitr. z. Klinik d. Tbc. Bd. 70, 1928.—16) Graham. Ann. Surg. 1927 г. № 2.—17) Lotheisen. Wien. klin. Woch. 1929 г. № 40.—18) Dorendorf. Klin. Wochenschr. 1925, № 5.—19) Dorendorf. Münch. med. Wochenschr. 1924, № 15.

Из Факультетской хирургической клиники Сев. Кавк. гос. ун-та. (Директор проф. Н. И. Напалков).

О паховой поверхностной грыже¹⁾.

Д-ра В. Г. Потапова.

(С 2 рис.).

Из существующих атипических положений грыжевого мешка при так назыв. hernia properitonealis interstitialis и superficialis, объединяемых в общую группу hernia ectopica или hernia interparietalis (Тихов),

¹⁾ Доложено на 160-м очередном заседании Донского хирургического общества 25/II 1930 г.

последняя разновидность—поверхностная грыжа, встречается значительно реже первых двух. Впервые отмеченная в 1866 г. Нюеске и описанная в 1886 г. Le-Fort'ом под именем *hernia prainguinalis*, она настоящее свое название получила от Küster'a. В 1899 г. Marion привел из литературы 11 случаев. В 1907 г. Сohn, тщательно собрав все опубликованные в печати случаи, получил цифру 41. Спустя 3 года Van-Verts довел эту цифру до 46. Русская литература чрезвычайно бедна работами по данному вопросу. Кроме сообщения Мирослава Черепниным.

Анатомической особенностью этого вида грыжи является атипичное положение грыжевого мешка, который, по выходе из наружного отверстия пахового канала, уклоняется от обычного пути в мошонку и, заворачивая кверху, располагается в подкожной клетчатке поверх апоневроза. Таким образом сам грыжевой мешок оказывается состоящим из 2-х частей, из коих одна лежит в паховом канале—*pars inguinalis*, а другая вне его—*pars extrainguinalis*. Такая форма грыжи называется однокрамерной и по данным Сohn'a описана только 12 раз. В случаях же, когда имеется еще отросток мешка, спускающийся в мошонку, грыжа именуется—двухкамерной (см. рис. 1).

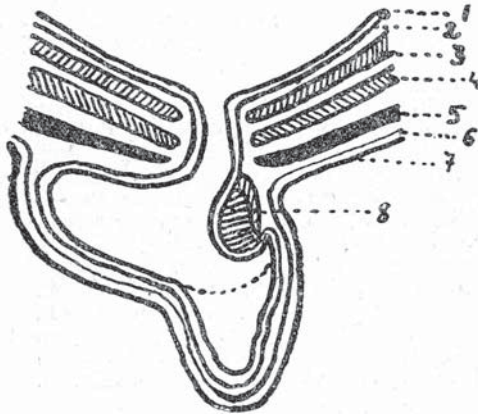


Рис. 1.

1. Брюшина. 2. Поперечная фасция 3. Поперечная мышца. 4. Внутренняя косая мышца. 5. Апоневроз нар. кос. мышцы. 6. Поверхностная фасция. 7. Кожа. 8. Яичко.

мышцы и кожей, направляется, в одних случаях к пупку (Broca), в других к передне-верхней ости (Le-Fort, Küster и др.).

2) *Hernia superficialis cruralis*—мешок спускается вниз и занимает верхне-внутреннюю часть Скарповского треугольника (Küster, Sertoli, Patel и др.).

Marion установил три разновидности этой формы, зависящие от направления подкожной части грыжевого мешка (см. рис. 2):

1) *Hernia superficialis abdominalis*—наиболее частая форма, при которой мешок, располагаясь между апоневрозом наружной косой

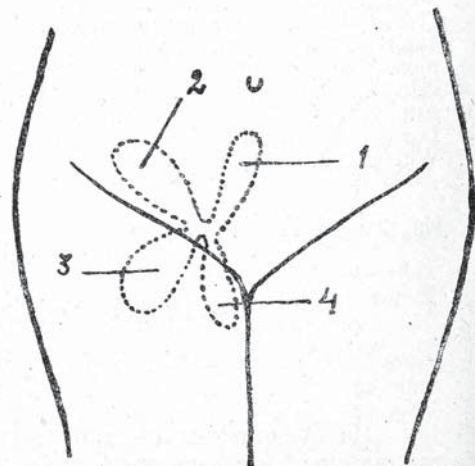


Рис. 2.

1 и 2. *Hernia superficialis abdominalis*
3. » » *cruralis*.
4. » » *perinealis*.

3) *Hernia superficialis perinealis*—наиболее редкая форма, при которой мешок спускается к промежности и оканчивается позади мошонки (Gougan d).

Чаще поражение касается правой стороны и всегда, за редкими исключениями, яичко находят эктопированным, лежащим или в паховом канале или вне его, хотя первое встречается чаще. В очень редких случаях яичко оказывается лежащим на нормальном месте и даже имеющим свою собственную серозную полость. Как правило, имеется более или менее резко выраженная атрофия задержанного яичка.

Паховый канал почти всегда представляется видоизмененным, недоразвитым. Он расширен, укорочен, из косога направления приближается к прямому и часто внутреннее отверстие его оказывается лежащим непосредственно за подкожным.

Что касается пола, то паховая поверхностная грыжа встречается исключительно у мужчин. У женщин не описано ни одного случая.

Факульт. хирург. кл-ка располагает 2-мя случаями паховой поверхностной грыжи, которые я позволю себе привести.

Случай I. (444) Петр Л., 14 л., парикмахерский ученик, поступил в клинику 15/XI 1917 г. с жалобами на опухоль и боль в левом паху, усиливающиеся при физическом напряжении. Опухоль существует с 2-летнего возраста, будто после падения. *Объективно:* Левое яичко в мошонке отсутствует. Слева над Пупартовой связкой, под кожей, имеется подвижная мягкая, эластичная опухоль в 6×5 снт. размерах. Опухоль на ножке, ее не удается ни вправить, ни опустить в мошонку. Наружное отверстие пахового канала не пропускает кончика мизинца. Рефлекс с кремастера слева отсутствует, справа резко выражен. *Операция.* Паховый разрез. В подкожной клетчатке оказался тонкий грыжевой мешок, в полости которого лежали яичко и тонкая прядь сальника. Сальник опущен в брюшную полость. Грыжевой мешок перерезан поперек и верхняя часть его зашита наглухо. Нижняя часть зашита над яичком в виде влагалищной оболочки. Семенной канатик оказался достаточно длинным, чтобы спустить яичко в мошонку, что и сделано, после того как в мошонке корнцангом тупо образована полость. После вскрытия апоневроза струнные швы на мышцы, Пупартову связку и кожу. Гладкое выздоровление. При выписке—левое яичко в мошонке и нижний конец его на 1 снт. выше нижнего конца правого яичка.

Случай II. (4163). Хоред Б., 20 л., крестьянин, доставлен в клинику Пунктом скорой помощи 31/XII 1929 г. с жалобами на болезненную опухоль в левой паховой области, появившуюся $6\frac{1}{2}$ часов т. назад внезапно, когда больной поил быков и носил тяжелые ведра с водой. До этого ни болей, ни опухоли не было. Около года назад также было появление в указанном месте опухоли, продолжавшейся несколько часов и затем исчезнувшей. *Объективно.* В левой паховой области располагается яйцевидная, эластической консистенции, болезненная при опупывании опухоль 12×8 снт. размерами, дающая перкуторно приглушенный звук. Левого яичка в мошонке нет. Правое—нормальных размеров, в мошонке. Левая половина мошонки представляется недоразвитой по сравнению с правой. *Диагноз:* ущемленная паховая поверхностная грыжа. Срочная *операция.* Разрез вдоль паховой связки над опухолью; по рассечении подкожно-жирового слоя и поверхностной фасции обнаружена тотчас под ними овальной формы напряженная опухоль, лежащая параллельно паховой связке, 10×6 снт. размерами. У верхнего полюса ее, над шейкой, ясно обозначались мощные, в виде лент, блестящие ножки несформировавшегося подкожного пахового кольца. Апоневроз несколько разволокнен. По вскрытии опухоли по передней поверхности, из полости ее вытекло около 40 куб. с. прозрачной желтоватой жидкости. Оказалось, что была вскрыта оболочка яичка. Яичко мало: $2 \times 1,5$ снт.; придаток в 1,5 снт. толщиной. По рассечении наружного пахового кольца, мешок вскрыт у шейки. Ущемленной оказалась петля тонкой кишки. На стенке мешка два циркулярно расположенных плотных кольца, одно из которых и послужило местом ущемления. Кишка отправлена в брюшную полость, шейка мешка зашита кисетным швом. Яичко в оболочке удалено вместе с периферической частью грыжевого мешка. Паховый канал был укорочен за счет несформировавшегося наружного пахового кольца. Гладкое выздоровление.

Оба наши случая заслуживают внимания, во-первых, с той точки зрения, что в них пораженной оказалась левая сторона, между тем как, по литературным данным, как правило, правая сторона превалирует над левой. В обоих случаях имелась более редкая однокамерная форма мешка, при которой в мешке отсутствовал отросток, спускающийся в мошонку, и он весь располагался в подкожной клетчатке поверх аноневроза. Как в первом, так и во втором случае по направлению мешка к передне-верхней ости мы имели, согласно классификации Marion'a, *hernia superficialis abdominalis*. Далее у обоих пациентов яичко было эктопировано, причем в первом случае оно лежало свободно в полости мешка без собственной влагалищной оболочки, а во втором случае, представляющем особый интерес по своей редкости, сильно атрофированное или вернее недоразвитое, имело собственную серозную полость. Таких случаев известно очень ограниченное число. Кроме того в оболочках при операции было обнаружено избыточное скопление жидкости, говорящее за сопутствующее гидроцеле. По Büdinger'у при эктопии яичка гидроцеле встречается очень редко, а что касается сочетания гидроцеле с поверхностной грыжей, то в доступной литературе мы нашли указания только на два случая (Berger и Schugt'a), причем в обоих этих случаях все же между полостью гидроцельного мешка и свободной брюшной полостью имелось сообщение. Особый казуистический интерес представляет случай, сообщенный Епифановым (1927), где речь шла о паховой левосторонней поверхностной грыже у 47-летнего мужчины в комбинации с осумкованной—Соорег'овской.

Что касается этиологии этого вида грыж, то еще не так давно господствовал целый ряд теорий, пытающихся объяснить образование подкожного дивертикула мешка чисто механическим путем. Так, например, LeFort придавал большое значение ношению бандажа, а также неумелому, насильственному вправлению грыжи, как моментам, способствующим отклонению мешка от его нормального пути; Вгоса усматривал причину в такого рода механических препятствиях опускания мешка в мошонку, как недоразвитие последней или эктопия яичка. Надо сказать, что последнему моменту многие и ныне придают большое значение, не желая стать на ту точку зрения, что эктопия яичка является только таким же следствием порока развития паховой области, как и эктопированный грыжевой мешок, и ни в какой мере не может играть роль причинного момента в образовании последнего. Да, наконец, указанное мнение не может дать объяснения тем случаям, где при существующем подкожном завороте грыжевого мешка яичко оказывается лежащим на своем обычном месте в мошонке. В свое время проф. Дьяконов высказал мысль, что наблюдающиеся иногда в грыжевых мешках тяжи, идущие к окружающим тканям, могут повести к отклонению мешка от нормального положения.

В противоположность только что описанным механистическим воззрениям Berger, Sohn и др. стоят на точке зрения аномалии развития паховой области и, отрицая всякие механические влияния, видят причину в предобразованных дивертикулах и остатках влагалищного отростка. Незаращению последнего Sohn придает большое значение, считая, что в таком состоянии стенка отростка обладает способностью к пролиферативному росту, чем и объясняется образование всякого рода дивертикулов и заворотов грыжевого мешка.

Оба наши случая служат доказательством врожденности описываемого страдания. Помимо эктопии и недоразвития яичек в обоих случаях имелись еще и другие данные, указывающие на известный порок развития, а именно изменения со стороны пахового канала. Подкожное отверстие его в первом случае оказалось настолько узким, что не пропускало кончика мизинца, во втором же случае весь паховый канал представлялся недоразвитым, укороченным, подкожное отверстие его (очень широкое) лежало высоко и еще не было вполне сформировано ножками апоневроза. У обоих пациентов в анамнезе отсутствует ношение бандажа и, таким образом, этот механический момент является устраненным. Ущемление имелось однократное, только в одном (втором) случае и то самопроизвольно вправившееся, следовательно, искать объяснения в неумелых, грубых манипуляциях над грыжевой опухолью, при попытках вправления ее не приходится. В обоих случаях левая половина мошонки оказалась недоразвитой по сравнению с правой. Совокупность всех этих данных говорит за то, что в мешке пахово-поверхностной грыжи надлежит видеть недоразвившийся уродливый *processus vaginalis*, который, в силу общего недоразвития всей паховой области, не закончил опускания в мошонку. А что это действительно *processus vaginalis*, а не приобретенный грыжевой мешок, доказательством служат наличие во втором нашем случае двух плотных колец, перехватов в стенке мешка. Отсутствие предшествовавших ущемлений (кроме однократного), могущих повести к образованию плотных, рубцовых колец, говорит за иное происхождение последних. Проф. Крымов в своей диссертации, подробно разбирая различные формы влагалищных отростков, описывает, как одну из форм, четкообразную с перехватами. Для нас не возникает сомнений, что именно такого рода четкообразный влагалищный отросток и послужил предуготованным грыжевым мешком в описываемом нами случае.

Литература 1) Berger. *Revue de Chirurgie*, v. XXV, 1902.—2) Епифанов. *Вестник хир. и погр. обл.*, т. 10, 1927.—3) Крымов. Диссертация, 1902.—4) Крымов. *Учение о грыжах*, 1928.—5) Мирославлев. *Раб. клиники пр. Дьяконова*, т. X.—6) Patel. *Hernies*, 1924.—7) Schugt. *D. Ztit. f. Chirurgie*, 157, 1920.—8) Sertoli. *La cl-ca chirurgica*, № 5, 1909.—9) Черенин. *Хирургия*, т. XXXIII, 1913.—10) Венгловский. Диссертация.

Из Пропедевтической хирург. клиники Саратовского государст. имен. Чернышевского университета. (Директор клиники проф. В. И. Разумовский).

Два случая тромбоза брыжжечных сосудов из практики экстренной хирургии.

Врача А. В. Беличенко.

Диагностика тромбоза сосудов брыжжейки и по настоящее время не выходит за пределы предположений, так как распознавание данного страдания чрезвычайно трудно и при современных методах исследования. Обычно мы имеем в таких случаях клиническую картину кишечной непроходимости, протекающую по типу странгуляции, и точная диагностика заболевания чаще ставится на операционном столе или на секционном. Острые коликообразные боли в подложечной области, считающиеся характерными