

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

для тромбоза мезентериальных сосудов, часто могут отсутствовать; чаще всего мы их наблюдаем при эмболии этих сосудов. Это станет понятным, если мы вспомним, что тромбоз в большинстве случаев наступает медленно, а, следовательно, и клиническая картина не будет иметь острого начала, как это бывает при эмболе, где начало, как правило, всегда острое. Исключением отсюда являются тромбозы инфекционной природы.

Кроме этого симптома Kussmaul und Gerhardt считают важными: 1) наличие источника эмбола, 2) кровавый понос, 3) вздутие живота и тимпанит, 4) прощупывание петель кишек, 5) повышение температуры. Но очень часто мы не имеем всех этих диагностических признаков налицо. Различают медленно текущие процессы образования тромба и быстро развивающиеся тромбы в сосудах брыжжейки. Диагностика первых возможна и до операции, последние же диагностируются с большей или меньшей долей вероятности.

При оценке всех диагностических данных следует уделять должное внимание анализу каждого случая. Перенесенная только что инфекция, долго длящиеся кишечные расстройства, кровавый понос всегда должны заставить нас подумать о тромбозе артерий брыжжейки. Особенно дурную репутацию в этом отношении имеют тифы и дизентерия. Тифозная инфекция действует или непосредственно на стенку сосуда, вызывая пристеночный тромб, или питание стенки нарушается от влияния токсического начала. Косвенное же влияние тифозной инфекции выражается в развитии местного артериосклероза.

Многие авторы различают в тромбозе брыжеечных артерий две стадии: 1) стадию поноса и 2) стадию илеуса. Мерейнес находит возможным говорить даже о трех стадиях медленно развивающегося тромбоза.

Первая стадия, по его мнению, клинически не проявляется, протекает при картине абдоминальной ангины. Это так называемая стадия скомпенсированного кровообращения, которая в опытах на собаках очень трудно получается. В дальнейшем или кровообращение восстанавливается, или наступает стадия декомпенсации. При этом обычно, как показывает опыт Kader'a на собаках, имеется на лицо трансудация жидкости, опечность кишек, кровоизлияние в просвет кишек и брюшную полость. Дальше наступает парез кишек, метеоризм—мы имеем дело с 3-й стадией.

Патолого-анатомической картине этого страдания посвящено много экспериментальных работ, но, как правильно замечает Sprengel, остается еще целый ряд вопросов далеко не разрешенными. В зависимости от того, в какой артерии или ветви мы имеем закрытие просвета, будут те или другие патолого-анатомические изменения. Закупорка конечной артерии угрожает серьезными последствиями, тогда как закрытие просвета некоторых ветвей одной из брыжеечных артерий может не вести к гибели участка ткани, питаемого ею, при условии хорошо развитой сети коллатералей. В противном случае мы, как и при закупорке конечных артерий, будем иметь гангрену соответствующего участка кишки.

Данные эксперимента на этот счет разноречивы. Litten и Niederstein, перевязывая *art. mesenter. super.*, всегда получали омертвление кишечника, при этом некроз слизистой наступал через 2—3 часа и никакого коллатерального не получали. Litten в опытах на собаках производил впрыскивание синьки в *v. jugul.* и получал все тело окрашенным за исключением перевязанного участка кишки. Исходя из этого,

Litten и предложил считать мезентериальные артерии конечными. Deskaard, не получая нарушения кровообращения в своих опытах, пришел к выводу, что наступающие у человека явления—нарушения кровообращения с последующим некрозом, гангреной ткани зависят от артериосклероза сосудов кишечника, мешающего развитию коллатералей. Haberer категорически предупреждает от таких выводов, утверждая, что перенесение эксперимента в клинику совершенно недопустимо. Lesas, изучая литературу по этому вопросу, пришел к выводу, что тромбоз мезентериальных артерий есть следствие облитерирующего эндартериита. Guillaume видит причину тромбоза в местном артериосклерозе и ставит в зависимость от кишечной интоксикации.

Следует отметить, что одинаковые причины, как закупорка одной и той же артерии, могут дать различную патолого-анатомическую картину. Sprengel на основании работ Kader'a пришел к убеждению, что инфаркт является следствием закупорки вены или артерии, гангрена же получается при закупорке обоих этих сосудов.

Причины, вызывающие тромбоз мезентериальных сосудов, самые разнообразные, но чаще всего мы имеем целый ряд причин, одновременно действующих. Вгиске видит причину тромбоза мезентер. артерий в нарушении целостности стенки этих сосудов. Virchow объясняет образование замедленности током крови. Не последнюю роль в образовании тромба играет инфекция.

Следовательно, болезненные процессы, сопровождающиеся долгим стазом крови, наличием инфекционного начала могут вести к тромбозу сосудов брыжжейки.

Особо следует отметить, что тромбозы с инфекцией в этиологии всегда имеют быстрое начало и протекают при бурной клинической картине. Наши случаи как раз в этиологии имели инфекцию и протекали при бурной клинической картине, с острым началом.

Трудность дифференциального диагноза в значительной мере обуславливает и показание к операции. Послеопер. статистика также не остается без влияния на хирурга. Sprengel просто советует не оперировать в виду плохих (исходов) результатов. Reich всего нашел лишь 2 случая выздоровления, и несмотря на это он в согласии с Guillaume настаивает на операционном пособии. Кадьян в своей работе о хирургии кишек и брыжжейки (1903) указывает на 49 случаев закупорки брыжжечных артерий и 15 случаев тромбоза вен брыжжейки. Оперированы из них 7, а выздоровление имелось одно. Kausch приводит сводку 1913 года, где из 251 случая оперировано было 91 и выздоровление 18 после резекции кишек. Имеются и др. литературные сведения, по которым успех от операции указан приблизительно теми же $\frac{9}{10}$.

Мы в 1929 г. имели два случая тромбоза артерий брыжжейки, истории болезни которых здесь и приводим.

Случай № 1. Больной И. Б., 18 л. 19/VIII положен экстренно по поводу правостороннего паротита.

St. praesens—больной среднего роста, правильного телосложения, удовлетворительного питания. Область правой щеки припухшая, правая околоушная железа воспалена, болезненна, рот раскрывает с трудом. На второй день по прибытии, в 2 часа ночи больной внезапно почувствовал озноб, жар, требует положить его на лед.

Объективно найдено: живот напряж., вздут, газы не отходят, стула нет, рвота, пульс частый, нитевидный, заподозрена непроходимость кишек.

20/VIII операция под общим наркозом. Разрез по средней линии. По вскрытии брюшной полости: кишки вздуты, багрового цвета. Брыжжейка тонких кишек отечна, и в ней имеется участок величиной в ладонь, темнобагрового цвета с несколькими гематомами; кишка на протяжении, соответст. этой части брыжжейки, приблизительно на протяжении метра, темнобагрового цвета, местами черная. Перекручивания кишек нет. В брюшной полости окрашенная кровью жидкость в небольшом количестве. Явление перитонита. При осмотре сосудов брыжжейки становится ясно, что необходима обширная резекция тонких кишек, так как гематома сдавила сосуды на большом протяжении, и кишки были лишены питания. Резкое падение сердечной деятельности у больного не позволило приступить к резекции. Брюшная полость закрыта. Смерть 21/VIII в 2 часа дня.

Случай № 2. Больная А. Б. 12/X поступила в пропедевтич. хир. клинику с диагнозом—острый аппендицит. 13/X в 6 часов утра почувствовала сильную боль в животе, больше справа. Отмечает тошноту и рвоту.

Объективно: пульс учащен, язык обложен. При пальпации резкие боли и резкое напряжение мышц живота в правой илеоцекальной области.

13/X операция под местной анестезией. Разрез R i e d e l 'я с присоединением (потом) срединного разреза. По вскрытии брюшной полости большое количество мутного экссудата. Это побудило к осмотру верхней части живота—желудка, осматрены и придатки. В них изменений не обнаружено. В сальнике явления острого воспаления. Исходный пункт перитонита не обнаружен. Отросток оказался измененным незначительно. Смерть через 2 суток.

На вскрытии было установлено: тромбоз сосудов брыжжейки на протяжении 20 сантиметров. Место тромбоза на $1\frac{1}{2}$ метра от места впадения тонкой кишки в слепую.

В обоих из наших случаев мы на операционном столе столкнулись с перитонитом, развившемся на почве тромбоза сосудов брыжжейки. В литературе имеются указания, что тромбоз мезентериальных сосудов в конечном итоге может повести к гангрене брыжжейки с последующим перитонитом. Перитониты такого происхождения редки и о них особенно следует помнить при экстренных операциях, когда исходная причина заболелания неясна. Наши случаи заставляют нас принять к руководству, что при наличии острого начала и бурной клинической картины, протекающей по типу илеуса и перфорации органов брюшной полости—следует подумать о тромбозе артерий брыжжейки, и что перитониты, исходный пункт которых не удастся выявить во время операции, могут оказаться перитонитами на почве тромбоза сосудов брыжжейки, что всегда следует иметь в виду.

Глазная клиника Государственного института для усовершенствования врачей имени В. И. Ленина в Казани. (Директор проф. В. Е. Адамюк).

Evulsio nervi optici¹⁾.

А. Б. Коленко.

7-го февраля с/г. на амбулаторный прием Глазной клиники Казанского ин-та усовершенствования врачей был доставлен из Ижевска больной Г—рин, 21 года, телеграфист, для коечного лечения.

Из расспросов больного удалось выяснить: 14 декабря 1928 года около 3 ч. дня больной с целью самоубийства выстрелил себе из револьвера нагана в правый висок. Сейчас же после выстрела больной якобы „видел“ наган, упавший из

¹⁾ Доложено на заседании Казанского офтальмогл. об-ва с демонстрацией больного 16 февраля 1929 г.