

добности прерывать гексеналовый посленаркозный сон, тем более, что такой сон протекает по типу обычного физиологического сна и не требует особого ухода со стороны среднего медицинского персонала. Посленаркозный сон вряд ли будет служить препятствием для применения гексенала в военных условиях, так как нет препятствий к эвакуации раненых в состоянии гексеналового сна.

На нашем материале мы 13 раз наблюдали резкое посленаркозное возбуждение со значительной двигательной и речевой реакцией, которое быстро проходило после подкожной инъекции 0,5 см³ 1% раствора морфия. Это возбуждение обычно наблюдалось у крепких молодых мужчин и почти никогда не бывало у стариков и у женщин.

Имея возможность сравнить действие эвипан-натрия и гексенала, мы не могли отметить какой-либо разницы в их действии в качестве наркотизирующих веществ.

На основании своего небольшого опыта мы позволяем себе сделать некоторые выводы:

1) Внутривенный наркоз эвипан-натрием и гексеналом вполне пригоден для применения при длительных хирургических операциях, при условии введения их фракционным методом.

2) Для предотвращения явлений возбуждения в начале наркоза и после операции наилучшим способом является введение 1 см³ 1% раствора морфия за 30—35 минут до операции.

3) Необходимо строго различать стадию сна от стадии полного наркоза и не начинать операции до наступления последней, что лучше всего определяется отсутствием реакции больного на болевое раздражение.

4) Отвисание нижней челюсти не является достоверным признаком наступления сна.

5) Посленаркозный сон в условиях стационара сберегает силы больного и предохраняет его от послеоперационного шока.

Поступила в ред. 20. VII. 1938 г.

Из факультетской хирургической клиники им. заслуженного деятеля науки проф. А. В. Вишневского (директор проф. С. М. Алексеев) Казанского гос. медицинского института.

О повреждении шейного отдела грудного протока.

И. Ф. Харитонов.

Ранения грудного протока при операциях на шее встречаются редко.

Но за последнее время в связи с расширением показаний к операциям удаления злокачественных опухолей надключичных лимфатических желез шеи, случаи ранения грудного протока имеют тенденцию к некоторому увеличению.

Если Кеен в 1894 году приводит 4 случая повреждения грудного протока и Вендель в 1895 году 5 случаев, то Лежен в 1904 году собрал уже 22 случая, а Унтербергер в 1905 году увеличивает статистику до 30 случаев.

В работе Стюарта относящейся к 1907 г., указывается на 45 случаев, у Цезас в 1912 году 58 случаев и Назарова 63 случая.

Повреждения грудного протока большею частью наблюдаются при удалении лимфатических желез левой надключичной области, пораженных раком, или туберкулезом.

Назаров, анализируя причины, ведущие к ранению грудного протока на шее, устанавливает, что чаще всего он ранился при удалении туберкулезных лимфатических желез левой надключичной области (22 случая) и раково-пораженных лимфатических желез этого участка (20 случаев).

Одиннадцать раз ранение грудного протока было произведено при удалении саркоматозных опухолей и лимфом, три раза при операциях по поводу злокачественных опухолей щитовидной железы, один раз при операции по поводу аневризмы левой подключичной артерии, один раз при удалении лимфатических желез по поводу лейкемии, один раз при экстирпации кровяной кисты и два раза при травматических повреждениях шеи.

За последние несколько лет в литературе появились сообщения о повреждении грудного протока при операциях френико-экзереза (Клейншмидт) и удаления третьего шейного узла симпатического нерва (Брюннинг, Левит, Флеркен).

Мы располагаем наблюдениями над тремя случаями повреждения грудного протока на шее.

1. Больная Д., 40 лет, заболела весной 1937 года во время грудного вскармливания своего ребенка. Вначале появилась неболезненная припухлость в левой грудной железе. Это припухание грудной железы было принято местным врачом за мастит и подвергнуто лечению ихтиоловыми компрессами.

Однако улучшение не наступило и в октябре 1937 года больная была направлена на консультацию в нашу клинику.

Объективно в это время отмечалось наличие плотной, бугристой, мало подвижной и неболезненной опухоли, величиной с голубиное яйцо, в верхне-наружном квадранте левой грудной железы. Больная грудь расположена выше правой, сосок ее втянут, подвижность слегка ограничена. В левой подкрыльцевой впадине отмечаются плотные, неболезненные, малоподвижные, значительно увеличенные в объеме лимфатические железы.

Над серединой левой ключицы прощупывается плотная, бугристая неподвижная и неболезненная опухоль величиной с грецкий орех. Диагноз: рак левой грудной железы.

1/XI 1937 года произведена под местной анестезией по методу проф. А. В. Вишневого операция удаления левой грудной железы и лимфатических желез подкрыльцевой впадины по способу Госсе (асс. И. Ф. Харигонов). Во время операции было обнаружено, что сильно увеличенные, сливающиеся между собой лимфатические железы подкрыльцевой впадины, начиная от ключицы, настолько интимно связаны с подкрыльцевой веной, что выделить их без повреждения вены невозможно. В связи с этим под ключицей вена перевязана. Вторая лигатура на вену наложена в месте перехода подкрыльцевой вены в плечевую. После этого грудная железа, лимфатические железы подкрыльцевой области, жировая клетчатка и резецированный участок вены были удалены одним куском. Учитывая травматичность проделанной операции и тяжесть предстоящей, мы решили удаление надключичных лимфатических желез провести во второй сеанс.

Вторая операция произведена 20/XI 1937 года под местной анестезией по методу проф. А. В. Вишневого (асс. И. Ф. Харитонов). Разрез произведен на 1 палец выше ключицы. Для облегчения доступа к опухоли, исходящей из надключичных лимфатических желез, пересечена наружная ножка грудино-ключично-сосковой мышцы. Удаление желез и жировой клетчатки начато с верхнего отдела надключичной области. В связи с возможностью ранения грудного протока, выделение производилось медленно и осторожно. Однако, при выделении глубоко расположенных желез была все же нарушена целостность грудного протока, что было сразу замечено по выделению беловатого цвета жидкости.

Грудной проток толщиной с гусиное перо был выделен, и на центральный и периферический его концы было наложено по шелковой лигатуре. Выделенные жидкости цвета разбавленного молока прекратились.

Операция в дальнейшем закончена без осложнений. Кожная рана закрыта с небольшим тампоном, который через 1 день был удален. Патолого-анатомический диагноз опухоли грудной железы и надключичных лимфатических желез — *Carcinoma simplex* (проф. Васильев). Послеоперационный период прошел гладко и 28/XI были сняты швы. 4/XII больная выписана в удовлетворительном состоянии.

13/XII больная вновь поступила в клинику с жалобами на появившуюся в месте верхнего отдела рубца опухоль и временами наблюдающиеся боли в левой половине живота.

Объективное исследование: больная удовлетворительного питания, кожные покровы нормальной окраски, вес 63 кг., на рубце в плечевой области прощупывается неболезненная, плотноватой консистенции, малоподвижная опухоль с ровной поверхностью, величиной с вишню.

2/XII под местной анестезией опухоль была удалена. Патолого-анатомический диагноз: разращение рубцовой ткани.

С 5/1 по 4/II 1938 г. больной было проделано 16 сеансов облучения рентгеновскими лучами при рентгеновском кабинете гинекологической клиники КГМИ (доц. М. И. Гольдштейн).

Больная временами жаловалась на боли в подложечной области и левой половине живота. К моменту выписки жалоб на боли в животе больная не предъявляла.

Исследование крови 23/1: $Hb \pm 69\%$, $PO_2 = 4$ мм в час. Пал.— 100% , сегм.— $58,5\%$, л.— $19,5\%$, мон.— 9% , эоз.— 3% .

Исследование кала: под микроскопом отмечаются обрывки переваренных мышечных волокон, растительные клетки, детрит. При обработке раствором Люголя крахмальных зерен не обнаружено. При обработке суданом жировых капель не обнаружено. Вес при выписке 62 кг.

Повторный осмотр 13/II 1938 г.: больная чувствует себя хорошо. Аппетит хороший. Ест всякую пищу. Подвижность левой руки в плечевом суставе слегка ограничена. Вес 65 кг.

Второй случай повреждения грудного протока нам сообщил ассистент нашей клиники С. А. Смирнов.

2. Больная Н., 33 лет, в хирургическом отделении Кукморской больницы подвергалась операции удаления злокачественной опухоли правых придатков 28/IX 1935 г. (д-р С. А. Смирнов).

15/XII 1935 г. вторая операция удаления метастаза опухоли в лимфатических железах левой надключичной области (д-р Смирнов). При операции был поражен грудной проток. На место ранения протока был наложен клем с последующей лигатурой. Рана закрыта с тампоном. На третий день после операции, как только был удален тампон, из раны начала обильно вытекать лимфа.

29/XII у больной появилась рожа в окружности раны. Больная благополучно перенесла рожу и 16/1 1936 года выписана из больницы в удовлетворительном состоянии с закрывшимся свищем.

При дальнейшем наблюдении в течение 1 года никаких изменений в состоянии больной не отмечалось.

Третий случай повреждения грудного протока, также у женщины, наблюдал в 1923 году ассистент нашей клиники Б. А. Остроумов. Проф. Боголюбовым была произведена операция удаления саркомы из левой надключичной области.

На третий день появилось истечение лимфы из раны. Несмотря на производимую тампонаду раны, потеря хилуса продолжалась, больная прогрессивно худела и погибла от истощения.

Вопрос о форме оперативного вмешательства при повреждении грудного протока и в связи с этим о восстановлении тока лимфы представляет значительный теоретический и практический интерес.

Решению этой проблемы посвящено значительное количество анатомических и экспериментальных исследований.

На основе изучения работ ряда авторов об анатомии грудного протока можно сделать несколько практически важных выводов.

1. Впадение грудного протока в левый венозный угол происходит примерно около 40% случаев посредством нескольких ветвей (Вендель, Бегегольд, Персон и Саржент).

Лисицин наблюдал множественное впадение грудного протока в вену в 4 случаях из 46.

Минкин, проводя исследование шейного отдела грудного протока у 94 трупов взрослых обоего пола, находит слияние грудного протока с веной посредством 1 ствола в 53 случаях (56,4%), посредством 2 стволов в 29 случаях (30,9%), посредством 3 стволов в 5 случаях (5,3%), посредством 4 стволов в 5 случаях (5,3%), посредством 5 стволов в 2 случаях (2,1%).

Брингтон описывает впадение грудного протока в вену 6 ветвями.

2. Исследования Крюишанка, Ватсона, Томсона, Тольда, Флейшмана, Минкина указывают на возможность впадения грудного протока в правый венозный угол.

3. Арнольд, Бартельс, Вютцер, Альбрехт фон Галлер, Иосифов, Альбин, Вендель отмечают частое наличие анастомозов грудного отдела грудного протока с *v. azugos*.

Таким образом, благодаря наличию анастомозов у грудного протока с венозной системой в грудном отделе, нередкому впадению в вены шеи посредством нескольких ветвей, повреждения его в шейном отделе, в большинстве случаев, не должны нарушать нормальный ток лимфы.

Возможность повреждения шейного отдела грудного протока при операциях на шее или ранениях находится в связи с высотой стояния дуги шейного участка грудного протока.

Лисицин, исследовавший шейный отдел грудного протока на 46 трупах, комбинирует различные виды расположения грудного протока в два типа—круто и плоско изогнутые формы. Чаше Лисицин наблюдал круто изогнутую дугу (31 случай), реже—плоскоизогнутую (15 случаев). При этом у женщин чаще встречается круто-изогнутая, т. е. более высоко расположенная дуга грудного протока (22 случая из 27); у мужчин наблюдается чаще плоскоизогнутый тип дуги (10 случаев из 19). Высоту стояния дуги грудного протока Лисицин ставит в зависимость от ширины верхнего грудного отверстия. Узкому отверстию соответствует крутоизогнутая дуга грудного протока, широкому—плоскоизогнутый тип дуги.

Геррманн ставит в связь высоту стояния дуги грудного протока с возрастом больных. У лиц в преклонном возрасте (за 55 лет), вследствие старческого опущения органов шеи и дуга

грудного протока расположена ниже обычного. В более же молодом возрасте она более круто изогнута и значительно выше расположена.

Минкин, соглашаясь с вышеупомянутыми соотношениями высоты стояния дуги шейного отдела грудного протока с формой грудной клетки и возрастом больных, указывает на замеченное им соответствие между типом расположения дуги аорты и шейным отделом грудного протока: высокостоящей дуге аорты соответствует и высоко расположенная дуга грудного протока и наоборот.

В литературе встречаются указания на чрезвычайно высокое расположение дуги грудного протока.

Дитрих описывает случай vystояния дуги грудного протока на 5,5 см выше грудины и расположенной на уровне щитовидной железы. Клейншмидт дает описание случая повреждения грудного протока при френнкоэкзерезе, когда дуга грудного протока находилась на уровне перстневидного хряща.

Взаимоотношения между конституцией, возрастом больных, формой дуги аорты и высотой стояния дуги грудного протока должны учитываться при операциях на левой половине шеи.

Экспериментальные работы различных авторов дают неодинаковые и часто противоречивые ответы на вопрос о лимфотоке при нарушении целостности грудного протока.

Лёре, Фландрин, Рожер, Мюльгейм, перевязывая грудной проток у экспериментальных животных, не наблюдали вредного влияния лигирования грудного протока на жизненные процессы у животных. Монро, перевязывая грудной проток у животных через час после еды, на вскрытии находил разрывы хилусных цистерн и излияния хилуса в корень брыжейки. Такие же результаты при экспериментах на животных получил Купер.

Маженди и Дюпюитрен, Коллен производили лигирование грудного протока у лошадей и других животных. В случае, если у животного имелась добавочная ветвь, впадающая в шейные вены, животное оставалось здоровым. В противном случае наблюдалось сильное растяжение и разрывы лимфатических сосудов, инфильтрация клетчатки излившимся хилусом и смерть животных. Зуев, наблюдая азотный метаморфоз у собак с перевязанным грудным протоком, пришел к выводу, что белковый обмен при этом остается неизменным.

Успенский, перевязывая грудной проток у животных и исследуя химический и морфологический состав крови, особых изменений не обнаружил.

Повреждения шейного отдела грудного протока обычно распознаются тотчас же по истечении серовато-белой жидкости (хилуса).

Иногда же ранение грудного протока остается незамеченным и узнается только спустя несколько дней или по истечении из раны беловатой жидкости, или по образованию в месте операции постепенно увеличивающийся припухлости.

Количество излившейся жидкости зависит от количества, ка-

чества и времени принятия пищи. Больной, посаженный на голодную диету, дает мало хилюса (этим и объясняется возможность просматривания ранения грудного протока во время операций), хорошо питающийся субъект проводит через грудной проток большое количество хилюса, обильно истекающего наружу через раневое отверстие. Эта хилорея может достигать в отдельных случаях таких размеров, что больной чрезвычайно быстро истощается, теряя иногда по 5 кг в неделю (Хальстед), резко уменьшается количество мочи, развивается сильная слабость, головные боли, тахикардия.

Но такие случаи редки и предсказание при повреждении грудного протока в общем благоприятно.

Смертность по статистике Назарова равна 4,8%, а по Стюарту — 7,5%.

Лечение повреждений грудного протока заключается в тампонаде, наложении клемма на 1—2 суток, перевязке грудного протока и сшивании перерезанных концов.

Из 51 случая оперативных пособий по поводу ранения грудного протока в 22 случаях была применена тампонада, в 20 лигирование грудного протока, в 3 наложение клемма и сшивание в 6 случаях.

Наиболее плохой результат дала тампонада (4 случая смерти из 22 и длительная до 35 дней хилорея), значительно лучшие показатели дала операция лигирования грудного протока (смертей на 20 случаев не было, хилорея у 9 больных), хороший результат получился в случаях сшивания грудного протока (из 6 случаев хилорея в 2 случаях). Мейер придает наибольшее значение при лечении этого повреждения методу рационального питания. Исходя из того, что жировые вещества, всасываясь из кишечника и попадая преимущественно в грудной проток могут сильно растягивать его, он назначает больным с ранением грудного протока питание с полным лишением жира.

В заключение нам кажется уместным упомянуть еще об одном значении собирания наблюдений над случаями нечаянных повреждений грудного протока у человека. Это касается предложенного за последнее время метода лечения острых гнойных перитонитов лимфатикостомией (Катсура, Лемани, Штейнберг, Клюг и др.).

Как опыты на животных, так и некоторые клинические случаи дают основание думать, что при лечении острых гнойных перитонитов иногда применим метод лимфатикостомии.

А в связи с этим, ввиду необходимости при данном способе последующих перевязок шейного отдела грудного протока, наблюдения над судьбой больных, подвергшихся случайному повреждению грудного протока, приобретают особый интерес.

Литература. 1. Bartels P., Das Lymphgefäßsystem. 1909 г.—2. Boegehold, Arch. f. klin. Chir. Bd. 29, s. 443.—3. Herrmann, Zbl. f. Chir. 1929, № 19.—4. Зубев, о влиянии перевязки на азотный метаморфоз у собак, дисс., 1889.—5. Юсифов. Известия Гомского университета, кн. LIX, 1914.—6. Kleinschmidt, Zbl. f. Chir. 1927, № 13.—7. Lissitzin, Arch. f. Chir. Bd. 128, H 1/2, 1924.—8. Minkin,

Arch. f. Chir. Bd. 137, H. 3, 1925.—9. Meier, Z-organ f. die gesante Chirurgie, Bd. 71, H. 1, 1935.—10. Назаров, О ранениях грудного протока при операциях in regione supraelaviculari sinistra. Работы пропедевтической хирургической клиники проф. Оппель, кн. IV, 1912.—11. Wendel, D. Zeitsch f. Chir. H 5/6, 1898.—12. Kirschner, Arch. f. Klin. Chir. 1926.

Поступила в ред. 17.V. 1938 г.

Из акушерско-гинекологической клиники (директор проф. А. И. Малинин)
Казахского гос. мед. института им. В. М. Молотова.

О предлежании последа.

Е. М. Суханов.

Предлежание детского места является серьезным осложнением при беременности. Своевременная диагностика и правильная терапия может быть решающим фактором для сохранения жизни матери.

Одной из основных причин возникновения рл. рг. некоторые авторы считают воспаление слизистой матки, нередко наблюдающееся в послеродовом периоде. Такое положение обосновывается тем, что у повторнородящих рл. ргаевia встречается чаще (Поль, Шеквад, Доронт).

Немалую роль в образовании рл. ргаевia, повидимому, играют аборт, особенно повторяющиеся часто, ведущие к истощению слизистой матки (Фролов). Аборт способствуют также возникновению воспалительных заболеваний слизистой. Наши наблюдения подтверждают этот взгляд.

Штрассман подчеркивает связь предлежания последа с беременностью двойнями. Альфельд, Гофмейер, Понфик и др. считают, что образованию рл. ргаевia могут способствовать различные моменты, как-то: дегенеративные воспаления с рубцовыми изменениями эндометрия, частые выскабливания, вапоризации, применявшиеся раньше, швы после кесарских сечений, а также и послеродовые заболевания.

По нашему, правда сравнительно небольшому, материалу рл. ргаевia встретились в отношении 1:223 родов. Разработанный нами материал охватывает 7800 родов.

Рассматривая наш материал в количестве 35 случаев предлежания последа в зависимости от родов, имеем следующее: при первых родах—6 сл, при 2-х родах—3, при 3-х родах—4, при 4-х родах—4, при 5-х родах—5, при 6-х родах—5, при 7-х родах—3, при 8-х родах—2, при 11-х род.—2 и при 14-х родах—1 случай.

По нашим наблюдениям нет резко выраженной закономерности в смысле зависимости предлежания последа от количества предшествовавших родов. Разбирая же свой материал в отношении абортов, мы получили следующие данные: у лиц, не имевших ни одного аборта, предлежание последа наблюдалось в 9 сл., у имевших по 2 аборта—7 сл., по 3 аборта—5 сл. по 4 аборта—7 и по 5 абортов—7 сл.