

помещавшейся в толще задне-внутренней стенки грыжевого мешка. Пластика канала по Жирар-Спасокукоцкому. Глухой шов на кожу.

Послеоперационное течение гладкое. Заживление первичным натяжением. После снятия швов, б-ной выписан из клиники.

На отсеченном препарате грыжевого мешка обнаружено, что его задне-внутренняя стенка утолщена до 0,5 см. Игла инкапсулирована и острым концом обращена к верхушке грыжевого мешка.

Инородные тела в грыжах встречаются, по Крымову, во внутренностях, составляющих грыжу (кишечник, мочевой пузырь) или свободно лежащими в грыжевом мешке. Способы попадания инородных тел не совсем точно установлены. Полагают, что они могут попадать из брюшной полости или образоваться в самом грыжевом мешке (кровоизлияния при вправлениях при самоампутации сальника); они могут проникать из кишок, заключенных в грыже, путем прободения и извне.

В доступной нам литературе мы не встретили описания случая, подобного нашему. В нашем случае игла была обнаружена в толще стенки грыжевого мешка.

В анамнезе б-ного мы не могли найти указаний, которые пролили бы свет на способ проникновения иглы в грыжевой мешок и мы склонны думать, что она случайно и незаметно для самого б-ного попала под кожу мошонки и в дальнейшем застряла в стенке грыжевого мешка.

Поступила в ред. 1.VII.1937 г.

Из хир. отделения Орехово-Зуевской больницы Московской области (глав. врач И. А. Гончар).

Случай заворота внутрибрюшного яичка.

М. В. Борисов.

Больной Б. К., врач, 35 лет, 15/X 30 г. внезапно почувствовал острые боли в животе. Утром больной принимал участие в разгрузке картофеля, носил мешки. Во время работы он внезапно почувствовал сильные боли в животе, отправился домой и слег в постель. Дома боли не прекратились, несмотря на покой и положенную на живот грелку. Около четырех часов дня больной послал за мной.

Осмотр: больной лежит в постели на спине, подогнув ноги к животу и стоит от жестоких болей, локализирующихся, главным образом, в нижнем отделе живота,

Боли, по словам больного, режущего характера. Была несколько раз рвота, пульс напряжен, ритмичен, 80 ударов в минуту, температура 36,4°.

Живот в нижней части (ниже пупка) не принимает участия в акте дыхания. Стенка его резко напряжена. Перкуторно всюду высокий тимпанит, причем перкуссия резко болезненна. Перистальтика слышна (при выслушивании стетоскопом).

Резко выражен симптом Блюмберга. При осмотре паховых областей отмечается отсутствие яичка в мошонке с левой стороны. Паховое кольцо слева едва прощупывается палцем. В паховом канале яичко не определяется.

Больной заявляет, что он никогда не наблюдал у себя выпячивания в левом паху; при освидетельствовании врачебной комиссией во время поступления в Военно-медицинскую академию он был признан годным к военной службе. Исследование больного через прямую кишку дает лишь резкую болезненность при дотрагивании до передней стенки ее выше предстательной железы. Тоны сердца чистые; легкие без изменений.

Через два часа после осмотра состояние ухудшилось. Больной настойчиво требует лапаротомии. Операция под диагнозом перитонит (возможно перекручивание внутрибрюшного яичка). Наркоз общий—эфирный, маской Омбредана. Разрез по средней линии от пупка до лобка. В нижнем отделе брюшной полости значительное количество мутно-красноватого экссудата. Кишечные петли не

изменены. Больному дано положение Тренделенбурга. При обследовании Дугласова пространства слева обнаружено и довольно легко выведено в рану тело яйцевидной формы, величиной с небольшое яблоко, багрово-синего цвета с очагами некроза. Тело это находится на ножке, которая уходит в малый таз. Ножка перекручена больше чем на 360° . Перевязка ножки, пересечение ее и перитонизация культи. Послойное зашивание брюшной раны.

Вскрытие левого пахового канала и удаление небольшого брюшинного выпячивания, по типу обычного удаления грыжевого мешка (брюшной отросток вместе с остатками Гунтеровского тяжа). Пластика пахового канала по Жирану. Швы на кожу.

Послеоперационное течение гладкое. На 3-й день больной сидит и в палате занимается административными делами по больнице. На 7-й день сняты швы. Первичное заживление. На 10-й день больной выписался из отделения.

Микроскопическое исследование препарата, произведенное прозектором больницы д-ром Грузовой, показало, что удаленное тело является яичком. Ткань на всем протяжении пропитана большим количеством кровоизлияний. Местами ткань яичка подверглась некрозу, в силу чего клеточное строение не всюду ясно видно. Элементов злокачественного перерождения не найдено.

Случаев заворота внутрибрюшного яичка описано немного. В русской литературе известны единичные случаи Петрашевской, Бирюкова, Джанелидзе и Каменчик. Последний автор (Хир. № 1, 1937) приводит в своей статье тринадцать случаев, собранных им из мировой литературы.

Обычно диагноз правильно не ставится. Каменчик в своей статье приводит только два случая правильного распознавания заболевания до операции. В нашем случае мы тоже не имели перед операцией точного диагноза, хотя мысль о возможности перекручивания яичка у нас была, так как яичко в мошонке и паховом канале не обнаруживалось.

Клиническая картина вполне соответствовала той, которую описывает Каменчик. Особенно нужно отметить очень резкие боли в животе. Боли в нашем случае были настолько сильны, что больной, сам врач, умолял поскорее сделать ему лапаротомию. Налицо была также ригидность мышц живота, тошнота и т. д.

Признака Белера (прощупывание через прямую кишку твердого тела выше предстательной железы) мы у больного не отметили.

Причиной заворота, повидимому, послужили усиленные движения и напряжение брюшного пресса во время работы.

В течение последующих лет больной чувствует себя хорошо. Женится и имел ребенка.

Поступила в ред. 20.XII. 1937 г.

Из хирургического отделения (зав. доц. А. Б. Габай) Запорожской 6-ой советской больницы.

О спастическом желудочно-кишечном блоке.

Доц. А. В. Габай.

Высокая желудочно-кишечная непроходимость, возникающая после операций на желудке, не всегда находит себе объяснение в явлениях порочного круга, зависящего от механических препятствий, или в явлениях паралитической непроходимости вследствие перитонита в окружности анастомоза. В 1921 г. Блонд, а за ним Рейшауер на основании разработки большого оперативного язвенного материала клиники Кютгнера предложили выделить все случаи высокой непроходимости после гастроэнтеростомий, где нет видимых механических или паралитических причин для нее, в понятие спастического желудочно-кишечного блока, считая, что операционная травма влечет за собой сильное повышение тонуса мускулатуры желудка и кишечника. Спастический желудочно-кишечный блок может наступить либо вскоре после операции (острые случаи), либо