

рингоскопия и бужирование ясно показывали полную проходимость пищевода и отсутствие какой-либо опухоли в горле. У этой же больной на теле оказались рубцы в 3-х местах от бывших операций.

Живот нашего больного исполосован рубцами. При подсчете на животе у него оказалось 15 рубцов от бывш. разрезов и если учесть, что часть из них вырезана, а часть разрезов производилась по старым рубцам, то можно с наибольшей вероятностью допустить еще таких 5-6, таким образом количество рубцов на животе у него доходит до 20—21.

На основании опроса больного, осмотра его, предположено было, что здесь имеется заболевание, имеющее в основе своей не кишечную непроходимость, а какую-то другую нозологическую единицу психопатологического порядка. Увлечение, с которым больной рассказывал о своих операциях, манера говорить, пересылая свое повествование фамилиями видных хирургов и профессоров других специальностей, заявление о том, что он не раз был демонстрирован в медицинских обществах, вопрос его о том, будет ли он демонстрироваться нами, еще более утвердило нас в нашем первом предположении. За время опроса живот опал, за время беседы боли исчезли, а с ними и *defense musculaire* и больной, увлекшись своим рассказом, как бы забыл о главной причине, приведшей его в клинику. Решено было лечить его консервативно, на что он далеко неохотно согласился, и подвергнуть его дальнейшему наблюдению.

В последующие дни, после некоторых неудачных попыток склонить нас на операцию, он, повидимому, окончательно оставил мысль подвергнуться ей. Через несколько дней больной в удовлетворительном состоянии был выписан из больницы.

Есть основания полагать, что случаев хирургической альголангии в общем немало. Каждый хирург, поработавший много в борьбе с хирургическими заболеваниями, мог бы рассказать поучительные случаи из своего личного опыта. У многих хирургов бы али болезные, стремившиеся центрировать их внимание и окружающих на своих переживаниях, как наш больной на себе, и своим эгоцентризмом иногда доводили хирурга и персонал до изнеможения. Проф. Оппель в своих клинических лекциях указывает на такую больную с подозрением на истерическую непроходимость кишек. На вопрос проф. Оппеля: „Вы хотите операцию?“, больная отвечает: „хочу“. И здесь же пр. Оппель говорит „истерички часто хотят операции, такое охотное согласие на операцию подзрительно“. В нашем случае было легче ориентироваться, ибо больной, придя пешком в клинику, стал требовать, при отсутствии особых показаний, операцию, при чем в доказательство правильности своего требования, стал приводить всех профессоров Ленинграда и Хагькова, оперировавших его по поводу заворота. Чем больше доказательств приводил больной, тем больше отклонялись его домогания и, как оказалось в дальнейшем, мы оказались правы. У больного не было илеуса, а основной болезнью его была истерия.

Из Госпитальной хирургической клиники Казанского государственного медицинского института (директор проф. В. Л. Боголюбов)

Случай воздушной эмболии при пневмопункции.

Асс. П. А. Гулевич.

Случай внезапной смерти при операциях и диагностических манипуляциях на плевре и легких не принадлежат к частым. До недавнего сравнительно времени эти случаи обыкновенно находили объяснение в плевральном шоке или нарколе, применявшемся при операциях.

Работы более позднего времени, посвященные экспериментальному изучению вопроса о воздушной эмболии (В е ф е р, Ф о р л а н и н и, Ш т е р н б е р г, Б е р г ш т р а н д) выявили роль последней в происхождении интересных нас осложнений. По современным воззрениям, большинство тяжелых и, особенно, смертельных осложнений, наблюдаемых при операциях на плевре и легких, объясняется воздушной эмболией сосудов головного мозга и обуславливается ранением сосудов малого круга. Наиболее часто эти осложнения наблюдаются при

наложении искусственного пневмоторакса, и, можно думать, что повышенное давление играет в их происхождении особую роль. Воздушная эмболия правого сердца, наблюдающаяся иногда при ранении крупных вен большого круга, при операциях может встретиться как чрезвычайная редкость, что находит себе объяснение в особенностях легочного кровоснабжения, характеризующегося слабой связью легочных сосудов с системой полной вены.

Недавно мы имели случай этого редкого осложнения.

История болезни. 2921/1209. Беляев, 42 л., русский, чернорабочий, кладовщик завода № 59. Поступил 3/X 33 по направлению Тубинститута для операции по поводу абсцесса легкого.

Считает себя больным с весны с.г. После сильной простуды во время полевых работ Б. почувствовал колотье в правом боку, повышение Т, кашель; больной продолжал некоторое время работать, но скоро вынужден был лечь.

Через 3 недели у больного появилась обильная мокрота с гнилостным запахом, выделяющаяся и по настоящее время, foetor ex ore. Больной сильно ослаб. Находясь на лечении в Туб. институте температурил (38 и выше).

Весной 1932 г., по словам больного, у него также было в течение 1½ месяцев foetor, боли в правом боку и повышение температуры.

В прошлом никаких болезней не отмечает.

Объективно: телосложения правильного, питание ослаблено. Кожа землисто-серого цвета. Отмечается резкий гнилостный запах изо рта. При перкуссии правого легкого—притупление по правой подмышечной линии в области 4 ребра и сзади. Здесь же выслушиваются крупнопузырчатые хрипы. На рентгенограмме в области 4—5 ребра отмечается затемнение круглой формы с резкими границами и горизонтальным уровнем. Диффузное затемнение в области гилеуса правого легкого. Со стороны органов живота отклонений не отмечается.

5/IX—операция: под местной инфльтрационной анестезией произведена по in. axill. media резекция 4—5—6 ребер. Иссечены куски длиной 8 см. При пункции плевры присасывает воздух, проба с иглой—отрицательна. В пределах резецированных ребер иссечены мягкие ткани. Шов в захлестку по Ру на листки плевры. Под кожу полоски. Кожи. лоскут укреплен швами.

7/IX. Жалуется на боли в груди, одышку.

8/IX—39,5. Отмечает сильную боль в правом боку.

9/IX. Смена повязки: отмечается покраснение краев раны и инфильтрат. Инфильтрат в области лоскута. Серозно-кровянистые выделения. Распущены 3 шва. Полоска под кожу.

С 9 15/IX повязки через день: темпер. 38,6—39—38.

15/IX. Рана очищается, выделений мало, инфильтрат уменьшился.

20/IX. Исследование крови: L 14.200, Sg 28, St 40, J 3/0, Ly 24, Mп 3/0, Eos 2.

21/IX. Переливание крови 300 куб. с.

22—отмечает озноб.

С 22—23/IX—самочувствие хорошее.

Инфильтрат исчез. Незначительные гнойные выделения из раны. Рана тампонируется.

27/IX. Повторное переливание крови—200 куб. (с венесекцией).

28/IX. Реакция сильная. Пульс 100. Слабость.

28/IX—7/IX—улучшение общего состояния. Количество мокроты без перемен. Рана в хорошем состоянии.

13/X—второй акт операции: Анестезия кожи (новокаин) кругом лоскута и в межреберных промежутках. По краям лоскута кожа подрезана и приподнята крючками. Обнажена покрытая грануляциями область резецированных ребер. Сделано несколько пункций. Максимальная глубина их 4—4,5 с. У больного появилась бледность, резкая одышка, холодный пот, кашель с примесью крови (несколько капель крови выделилось через нос); пульс резко упал. Остановка дыхания. Судорожные подергивания верхних конечностей. Вспрыскивания морфия, камфоры, адреналина безрезультатны. Через 8 минут exitus.

Результаты вскрытия. Сильные сращения правого легкого с грудной стенкой в области резецированных ребер по подмышечной линии и сзади в области первых ребер ближе к позвоночнику.

В верхней доле правого легкого, ближе к задней поверхности, полость (с яблоко), наполненная гноем. Стенки полости сравнительно тонки. В полость открываются бронхи среднего калибра. Ткань легкого уплотнена. На верхней поверхности диафрагмы имеется гнойник, содержащий около стакана гноя, ограниченный от

полости превры сращениями нижней поверхности нижней доли правого легкого с диафрагмой. На разрезах легкого отдельные мелкие гноиники (в средней и нижней доле). В частях легкого, прилегающих к резецированным ребрам, незначительные кровоизлияния линейного характера (следы уколов).

В бронхах небольшое количество слизи. Бронхиальные железы увеличены, казеозно перерождены. В правом сердце довольно значительное количество воздуха (вскрыто под водой) и пенистой крови. Эмболов в легочной артерии не обнаружено. Со стороны сердца и сосудов особых изменений не отмечено. То же и со стороны других органов.

Заключение патолого-анатома (проф. В а с и л ь е в): бронхоэктатический гноиник, базальн. эмпиэма. Смерть от воздушной эмболии правого сердца.

Наличие воздуха в правом сердце явилось довольно неожиданной находкой. Легче всего эту находку можно было бы приписать проникновению в правое сердце гнилостных газов или незамеченному ранению крупной медиастинальной вены. Однако, возможность ошибки в этом отношении легко исключается всеми обстоятельствами дела: вскрытие произошло через 12 часов после смерти, труп хранился в холодном помещении. Наличие в правом сердце довольно значительного количества пенистой крови говорит против такого предположения. С уверенностью можно исключить и второе предположение, т. к. ни направление уколов, ни глубина их не допускают возможности подобного повреждения; кроме того, при вскрытии на эти сосуды обращалось особое внимание и при этих условиях возможность незамеченного ранения невероятна. Таким образом, факт воздушной эмболии сердца в нашем случае кажется нам бесспорным, а возникновение этой эмболии очевидно не связано с ранением крупных медиастинальных сосудов.

Нетрудно исключить здесь и повреждение интеркостальных сосудов. Во второй момент операции, когда произошла эмболия, не было никаких моментов, с которыми можно было бы связать возможность повреждения интеркостальных вен; повреждения этих вен в пределах операционного поля, где производились пункции, не могли иметь места потому, что эти сосуды были удалены в первый момент операции вместе с мягкими тканями; если даже допустить, что какой-либо из этих сосудов мог остаться неудаленным при этом, то при последующем обшивании операционного поля по Ру, сообщение его с центральным концом должно было нарушиться.

Таким образом, происхождение эмболии в нашем случае может быть связано лишь с ранением бронхиальных вен, несущих кровь из капиллярной сети бронхов и отчасти легочной паренхимы в систему *Vena cava*.

Однако, для проникновения по этим венам в правое сердце более значительного количества воздуха необходим ряд благоприятных условий, так как скромный размер этих вен в нормальном состоянии делал бы такое объяснение мало вероятным.

Наблюдения Ш л о п ф е р а над животными, у которых вызывалось хроническое затруднение оттока крови по легочным венам, установили, что при этом как правило, наблюдается значительное расширение бронхиальных вен, берущих на себя роль коллатералей.

Патологический процесс у нашего больного, сопровождавшийся резким нарушением кровообращения в легком, должен был повести к расширению бронхиальных вен; индукция легочной ткани могла способствовать их зиянию во время инспираторной фазы.

Сообщение вены с бронхом, установленное иглой при пункции, оказалось ровным для нашего больного.

Эмболия в нашем случае *Sub operatione* не была распознана. Вообще распознавание воздушной эмболии в подобных случаях—дело не легкое, так как, в отличие от эмболии при ранениях крупных вен, здесь не наблюдается основных симптомов—ни хлопающего звука от присасывания крови веной, ни выхождения пенистой крови.

Ка п п и с, наблюдавший 2 случая смертельной эмболии при пункции легкого у больных туберкулезом и бронхоэктазией,—считает, что применением повышенного давления при пункции можно уменьшить опасность ее, так как расширяющиеся при этом бронхиальные ветви должны сдавливать вены. Однако, можно думать, что эта мера едва ли может иметь серьезное профилактическое значение при индуцированном легком, где опасность воздушн. эмболии наибольшая.

Не лучше обстоит дело и с лечением уже наступившей эмболии.

Рекомендуемые меры (прокол сердечного ушка) по литературным данным обычно к цели не приводят. Но пока нет лучшего, они должны быть испытаны.

В случаях, где подозревается эмболия мозговых сосудов Ш л о п ф е р рекомендует следующие меры:

- 1) Низкое положение головы.
- 2) Возбуждающие, кровопускание.
- 3) Не производить искусственного дыхания.
- 4) Не применять морфия, в виду парализующего действия его на дыхательный центр.

В заключение должен отметить, что в доступной мне литературе не удалось найти описания аналогичного случая.

Интраперикардиальный разрыв аорты.

В. Р. Сущинский.

Так я называю ранения, закончившееся мгновенной смертью пожилого, но крепкого селянина. Особенности описываемого случая интересны во многих отношениях.

Два крестьянина, добрых 10 лет враждовавшие из-за гектара земли, под влиянием надвигавшейся коллективизации сельск. хозяйства помирились. Мало того,—в условленный день они выехали в поле для совместной обработки спорного участка.

Через полчаса крестьянин Кузьмин спешно возвратился в село, везя в телеге труп соседа.

Общественное мнение, имевшее в виду предшествующ. неприязнь между действующ. лицами, сразу решило: „убил“. Хитростью завлек в поле, чтобы свести давние счеты... Власть арестовала К. Акушерка, вызванная из ближайшего мед. пункта „на следствие“, уже в пути была соответствующим образом настроена родственниками убитого; она сразу обнаружила на шее трупа отпечаток пальцев и оформила в акте свое мнение так: „задушил руками, поваливши на землю, смерть наступила от недостатка кислорода“.

Через несколько дней следователь, по настойчивому требованию арестованного К., распорядился вторично осмотреть труп и произвести полное вскрытие.

Труп хорошо сохранился. На вид покойному—55 лет; телосложение—крепкое. На шее трупа—трупн. пятна в виде отдельных полос по складкам кожи. Язык—за зубами, роговица—прозрачн.; гортанные хрящи и подъязычная кость—не повреждены; трахея и пищевод свободны.

Грудная кость в средней трети дов. легко прогибается внутрь, рука ощущает крепитацию отломков. При обычном отворачивании грудины кверху, она складывается вдвое—вследствие полного перелома в средней трети. Надкостница на наружной поверхности грудн. кости цела, линия перелома—идет горизонтально. Линия перелома с внутренней стороны—резко зигзагообразна; ею особенно резко очерчена одна центральная, крепкая, острая спица; эта спица, при надавливании на грудную кость снаружи, делает значительную экскурсию внутрь, в направлении перикарда. Перикард имеет вид большого—величиною с голову—мешка синего цвета; консистенция его туго-эластическая; он туго наполнен кровью. Эта кровь массовыми сгустками выделилась из разреза в перикарде на секционный стол.

Сердце уменьшено в размерах, дряблой консистенции, бледной окраски. Желудочки и предсердия целы, на задней поверхности восходящей аорты, сейчас же выше полулунного клапана,—небольшая треугольная щель; соответствующий лоскут аорты вывернут наружу, а щель закрыта сероватым, рыхлым сгустком. Ткань легких бледна; крайнюю степень анемии представляют собою и брюшные органы.

Итак, перед нами—изолированное ранение—разрыв аорты. Острым осколком грудины, во время значительной и молниеносной экскурсии ее назад, в направлении сердца,—без повреждения перикардия, желудочков и предсердий—была повреждена задняя часть восходящей аорты в том месте, где она еще прикрыта