

массы. Хорошо выражены перистальтика и эвакуация, 13/1 1937 г. больной выписан с маленькой гранулирующей ранкой.

Интерес нашего случая заключается в отсутствии ясного этиологического момента, обширности дефекта диафрагмы (отсутствовала почти вся левая половина диафрагмы) и в хорошем послеоперационном исходе.

Из хирургического отделения Нежинской межрайонной больницы Черниг. обл. (зав. отд. А. Я. Иванов).

К вопросу о закрытых повреждениях органов брюшной полости.

А. Я. Иванов.

Поводом к данному сообщению является наблюдение четырех случаев подкожных разрывов кишечника, прошедших через хирургическое отделение нашей больницы,—характерных разнообразностью травмы, при известном несоответствии между силой травмы и произведенными в брюшной полости нарушениями.

С другой стороны, к этому нас побуждает и наблюдающаяся у некоторых врачей „легкость“ по отношению к так называемым контузиям живота, часто грозящая больным печальными последствиями.

Так, из четырех случаев подкожных разрывов кишечника, прошедших через отделение на протяжении прошлого года, двое больных после получения первой помощи направлены в стационар не были: один больной был прислан в порядке обычной консультации, а другой больной пришел в стационар сам из-за сильных болей.

Вопрос о подкожных повреждениях кишечника в значительной мере освещен в литературе. Согласно общепринятой классификации, предложенной Моти, подкожные нарушения целостности кишечника сводятся к трем видам повреждений: раздавливание, отрыв и лопанье. Раздавливание приводит к различным степеням повреждений кишки: от кровоизлияния в ее стенку до полного разможнения со вскрытием просвета. Оно является следствием сдавливания кишки между предметом, наносящим травму, и твердой стенкой—позвоночником, костями таза.

Отрывы в различных направлениях наблюдаются, главным образом, на фиксированных участках кишечника, когда сила приложения оттягивает кишку за ее свободный отдел.

Лопанье,—механизм которого и в настоящее время не представляется достаточно выясненным,—это разрыв кишки, непосредственная причина которого лежит в силе, действующей изнутри кишки в момент внешней травмы. Лопанье наблюдается не только под влиянием внешней травмы, но иногда и вследствие внезапного напряжения мышц брюшного пресса, как,

например, при поднятии тяжестей. Нарушение целостности кишки происходит, главным образом, на стороне, противоположной брюжжейке.

Механизму лопанья уделено много внимания. Бунге, считая брюшную полость замкнутым пространством с равномерным внутрибрюшным давлением, указывает, что кишка может лопнуть только вследствие наличия в стенках брюшной полости слабых мест. Она может внезапно резко выпятиться в направлении слабого участка брюшной стенки и тогда произойдет лопанье. Такими местами Бунге считает: физиологически—место прохождения прямой кишки в тазовом дне, патологически—грыжевые ворота.

По теории Зауэрбруха, обязательным моментом для лопанья кишки является замкнутость участка кишки вследствие закрытия обоих концов отрезка кишки благодаря: а) перегибу обоих концов отрезка при одновременном сжатии, б) при перегибе одного конца и воздействии насилия на другой, в) при одновременном воздействии насилия на оба конца участка кишки. И дополняющим, конечно, моментом он считает переполнение кишки пищей и газами.

Шенлебер полагает, что вслед за травмой в момент внезапного повышения внутрибрюшного давления сейчас же следует его „выравнивание“. Идет оно за счет центробежного передвижения жидкостей и газов вдоль кишечника и за счет передвижения самих петель кишок. При наличии препятствия—в кишечнике может оказаться неравномерное давление в различных его отделах, что и повлечет разрыв кишки.

Заслуживает внимания точка зрения Гуревича, по которой внутрибрюшное давление далеко неравномерно. Оно постоянно меняется в зависимости от сокращения мышц брюшного пресса и „лопанье кишки происходит вследствие неравномерного повышения внутрикишечного давления при неравномерном распределении давления в брюшной полости“.

Слоним—на основании экспериментальных работ на трупах и изолированных кишках—пришел к выводу, что помимо всего одной из самых существенных причин разрывов является именно скорость нанесения травмы. Мгновенно нанесенная травма вызывает быстро идущую волну, вследствие чего целостность стенки кишки нарушится раньше, чем последняя достигнет предела растяжения.

Наибольшее количество повреждений при травмах живота без нарушения целостности покровов падает на тонкие кишки. Статистический материал о подкожных повреждениях кишечника, собранный различными авторами, подтверждает это. Так, по Гертле на тонкий кишечник приходится 92% всех повреждений кишок, по Петри 81,5%, по Ролландсу 79%.

Вообще же подкожные повреждения кишечника, как и других органов брюшной полости, являются далеко нередкими спутниками „контузий живота“. И внимание хирургов к этому вопросу является вполне заслуженным.

Клиническая картина нарушений целостности кишечника начинается обычно с явлений более или менее резко выраженного шока. Острые боли в животе, часто рвота, замедленный, мягкий пульс, учащенное поверхностное дыхание. Одним из важных признаков является напряжение мышц брюшной стенки. Напряжение это является стойким в отличие от проходящих, вернее ослабевающих напряжений в случаях простых неосложненных травм самой брюшной стенки.

В случаях отрыва кишки от брыжжейки последняя может дать обильное внутреннее кровотечение со всеми характерными признаками.

Неправильная диагностика и несвоевременная хирургическая помощь ведут обычно к явлениям последующего перитонита спустя 6—12 часов. Поэтому подозрение на подкожное повреждение кишечника должно вести хирурга на путь активного вмешательства—пробной лапаротомии. Шансы на благоприятный исход при картине развившегося перитонита невелики.

Прошедшие через наше отделение случаи, за исключением одного, оперированы в ранние сроки. Закончились они полным выздоровлением.

Привожу краткие выдержки из истории болезней:

1. Б-ной Ч., 40 лет (ист. бол. 740), направлен в больницу II/VII для консультации. В этот день накололся вилами. Колотая рана поверхностная—на уровне пупка слева. Т-ра норма. Пульс хорошего наполнения, 80 в минуту. Живот напряжен. Вздут. Заподозрено колотое ранение кишечника. Операция. При осмотре брюшины сквозного ранения не установлено. По вскрытии брюшной полости в последней—серозный выпот, кал и аскарида. На тонкой и толстой (нисходящей) кишках линейные разрывы. Двухэтажный шов на кишки. Брюшная полость зашита наглухо. Под кожу марлевый дренаж. Выздоровление.

В данном случае мы имели непроникающее ранение передней брюшной стенки, осложнившееся разрывом кишечника в двух местах. Этот разрыв мы считаем следствием внезапного сокращения мышц брюшного пресса в результате болевого ощущения, причиненного наколом.

2. Б-ной О., 9 л. (ист. бол. 769). Доставлен в б-цу 15/VII вечером. После обеда играл „в цурки“. Отлетевшая щепочка ударила в живот. На месте ушиба линейная царапина. Б-ной в состоянии шока. На окружающее реагирует слабо. Т-ра 37,2°. Пульс 120, слабого наполнения. Живот напряжен, особенно ниже пупка. Д-з: разрыв кишечника. Операция: найден разрыв тонкой кишки недалеко у места впадения в толстую. Двухэтажный шов на кишку. Брюшная полость закрыта наглухо. Выздоровление.

Этот случай по механизму разрыва мы склонны отнести к случаям, где именно характер нанесения травмы имел решающее значение.

3. Б-ной Ф., 47 лет (ист. бол. 456). Доставлен 15 V 1936 г. За два часа до поступления в больницу нес с другим рабочим бревно. Шедший впереди внезапно остановился. Пострадавший натолкнулся животом на бревно. Сначала он продолжал работать, но через час боли усилились. Через два часа доставлен в б-цу. При осмотре: т-ра—норма. Пульс мягкий, 60 в минуту. Живот напряжен, резко болезнен. Мочеиспускание задержано. Катетером получена нормальная моча. Диагноз: разрыв кишки. Операция: вблизи места впадения в слепую на тонкой кишке поперечный разрыв стенки. Двухэтажный шов на кишку. Брюшная полость наглухо зашита. Выздоровление.

4. Больной М., 9 лет (ист. бол. 637). Доставлен 19/VI вскоре после получения травмы. Попал под автомашину. Т-ра норм. Пульс 120, слабого наполнения. На теле никаких признаков повреждений нет. Живот резко напряжен. Сильная болезненность при пальпации. Во время осмотра—рвота.

Диагноз: разрыв кишечника. Операция: продольный разрыв стенки тонкой кишки у места впадения в слепую. Надрыв серозы сигмовидной кишки. На тонкую кишку наложен двухэтажный шов. Шов на серозу сигмы. Брюшная полость зашита наглухо. Под кожу марлевый дренаж. Выздоровление.

Два последних случая относятся к разряду внезапных травм. Внезапная травма в данных случаях привела к повышению внутрибрюшного давления, давшего разрыв кишечника.

В заключение мы позволим себе еще раз подчеркнуть необходимость:

1) исключительно серьезного отношения к травмам живота, подлежащим во всех случаях безусловной госпитализации,

2) активного вмешательства при подозрении на подкожное нарушение целостности кишки (пробная лапаротомия),

3) раннего вмешательства, дающего наибольший процент благоприятных исходов.

Из хирургического отделения Полоцкой больницы им. Ленина, БССР (зав. отделением д-р М. В. Дуньо).

Самопроизвольная гангрена наружных гениталий.

М. В. Дуньо.

Впервые самопроизвольная гангрена наружных гениталий была описана Фурнье в 1883 году под названием „спонтанной молниеносной гангрены наружных гениталий“. С тех пор эта болезнь была описана под разными названиями: „инфицированная гангрена“, „гангренозная рожа мошонки“, „стрептококковая гангрена мошонки“ и др.

Гибсон (1930), посвятивший этому вопросу на основании одного своего случая большую работу, приводит из литературы 206 случаев спонтанной гангрены наружных гениталий (цит. по Венгеровскому. Сов. хирургия, № 11, 1935).

В русской литературе до сих пор описано 9 случаев самопроизвольных гангрен наружных гениталий (включая два случая Венгеровского). Отсюда видно, что эта болезнь встречается довольно редко. Перехожу к описанию нашего случая.

Больной Б. И., 52 лет, рабочий, переведен из терапевтического отделения 20/I 1936 года с диагнозом гангрены мошонки и кожи penis'a. Больной поступил в терапевтическое отделение 24/XII 1935 г. с диагнозом „грипп“. Заболел два дня тому назад, озноб, головная боль, тошнота, рвота и высокая температура. На следующий день появились незначительные боли в мошонке, которым больной не придавал особенного значения, считая их предвестниками обострения экземы мошонки, которой он раньше страдал.

St. praesens: больной в последние дни бредит, температура 40,2°, пульс 120 в минуту. Границы сердца в пределах нормы, тоны глухие. Частая extrasystolia. Дыхание чистое. Живот мягкий, прощупывается плотноватый край печени, слегка болезненный. Мошонка сильно отечная, покрасневшая, местами сине-