

в котором при операции по поводу выпадения кишки через свищ не оказалось и следов обширных сращений, найденных там во время второй операции и явившихся причиной непроходимости. На эту же склонность спаек подвергаться рассасыванию указывает и Schmieden.

В доступной мне русской литературе найдено 7 случаев применения метода эвагинации (2 Джанелидзе, 1 Емельянова, 4 Розе), что вместе с нашими двумя составляет 9. Во всех случаях наступило полное излечение. Это число невелико, чтобы судить о 100% успешности операции, но нужно принять во внимание, что вообще кишечные свищи являются заболеванием не частым, и известные статистики кишечных свищей Черняховского, Hilgenreiner'a, Goetza, Кузнецова оперируют такими цифрами как 165, 119 и меньше.

Судить о ценности того или другого метода закрытия кишечных свищей можно лишь на основании накопления большого количества наблюдений. Представляемый настоящим сообщением способ закрытия кишечных свищей является еще мало распространенным и место его среди других методов закрытия кишечных свищей может быть установлено путем накопления дальнейших наблюдений. Но, повидимому, этот прием в целом ряде случаев, вследствие относительной безопасности и малой травматичности, заслуживает предпочтения перед другими методами.

Литература: 1) Боголюбов. Рус. Хир. Арх., 1907, кн. 6.—2) Sieg, Влауп, Кюммел. Chirurgische Operationslehre.—3) Волков. Хирургия, 1914 г., № 209. 4) Гешелин. Врач. Дело, 1929, кн. 2.—5) Греков. Летопись рус. хир., за 1900, кн. 1.—6) Греков. Вестн. хир. и погр. обл., 1923 г., т III, кн. 7.—7) Гуревич. Рус. врач, 1910 г., № 41.—8) Джанелидзе и Поль. Врач. газ., за 1922 г., № 10 11.—9) Емельянов. Врач. газ., 1924 г., № 10.—10) Каплан. Нов. хир. арх., 1923 г., № 11.—11) Копылов. Хирургия, т. XXXIII, 1913 г.—12) Лисянский. Хирургия, 1903 г.—13) Роккинг. XIX Съезд хирургов.—14) Reuherr. Zentralblatt fur Chirurgie, 1922 г., № 21/27.—15) Сапожков. Вестн. хир. и погр. обл. за 1922 г., кн. 4, 5, 6 и XVIII Съезд хирургов.—16) Тихов. «Частная хирургия».—17) Чаклин. Нов. хир. арх., 1926 г., кн. 3.—18) Черняховский. „Кишечные свищи“, Киев, 1893 г.—19) Шолков. Нов. хир. арх., 1928 г., № 24.

Из Уфимской губернской больницы.

К хирургии опухолей плевральной полости.

М. В. Вакуленко.

Опухоли плевральной полости встречаются редко и я в доступной мне литературе встретил лишь несколько случаев. Приведу сначала свой случай.

Учительница А. А. С-ская, 41 года, поступила в Уф. губ. больницу 3 сентября и выписалась 11 октября 1928 года.

Больной себя считает более 2 лет. Появились боли в левой половине грудной полости, кашель и одышка. Иногда сердцебиение. Врачи признали тbc и направили больную в Ливадию. Там, при рентгеновском исследовании, найдена в нижней доле левого легкого опухоль и, т. к. в крови эозинофилов было 7%, был предположен эхинококк легкого. По возвращении в Уфу больная обратилась ко мне. При исследовании больная найдена слабого сложения и питания. Жалуется на затруднение дыхания и очень резкие боли в левой половине грудной клетки. По заключению уфимских терапевтов со стороны плевры явлений нет. В области

нижней доли левого легкого ослабленное дыхание. Сердечная тупость очень ясная, вправо заходит за правый край грудины на $1-1\frac{1}{2}$ пальца и влево за левую сосковую линию на 2 пальца. Рентгеновское исследование показало тень на месте сердца, не пульсирующую и занимающую пространство от правого края грудины до левой сосковой линии, кверху доходящую до 4 ребра и книзу оттесняющую диафрагму вниз по сравнению с правой половиной ее. Реакция Cassoni отрицательна. Анамнез на общение с животными не указывал.

Остановились на диагнозе опухоли грудной полости. Б-ная убедительно просила оперировать ее.

14/IX. Больная оперирована под эфирно-масляным клизменным наркозом. Резецирован хрящ V ребра левой стороны на всем протяжении и плевральная полость вскрыта. Края раны раздвинуты крючками. Показалась опухоль с гладкой блестящей поверхностью. Опухоль выполняла всю раневую поверхность. При обследовании пальцем граница опухоли заходила кверху за IV ребро, влево за мамилярную линию и книзу упиралась в диафрагму. Между опухолью и грудной пальцем не проходил. Попытка вывести опухоль через произведенный разрез наружу не удалась. Получилось впечатление, что опухоль крепко фиксирована на грудине. Прокол опухоли дал отрицательный результат. Тогда резецированы IV и VI реберные хрящи. Получилось широкое отверстие и видно было, что опухоль имеет форму сердца и далее сверху вниз через нее шла бороздка, как бывает на передней поверхности сердца по ходу нисходящей ветки арт. coronariae sin. Пальцем, заведенным между краями раны и опухоли с левой стороны, удалось с трудом опухоль поднять и вывести. В это только время воздух стал входить в плевральную полость. Постепенно произведен полный пневмоторакс и под опухолью заведен влажный солевой тампон. При довольно энергичном вывихивании опухоли и оттягивании ее острыми крючками вправо удалось увидеть ее заднюю поверхность. Сердце оказалось прижатым к позвоночнику. За опухолью тянулась и сердечная сорочка. Опухоль пришлось отдельно ножом и сердечная сорочка была вскрыта, т. к. плотно была сращена с опухолью, и обнажилось сердце. Части сердечной сорочки в двух местах по 1 и $1\frac{1}{2}$ см в диаметре оставлены на опухоли. Теперь только стало ясным, что опухоль сидит широким основанием на внутренней поверхности нижней половины грудины и гр. xiphoides. Пришлось резецировать левый край грудины, и тогда основание опухоли у самой кости было отрезано ножом и опухоль удалена. Средостение осталось цело. Дефекты в сердечной сорочке зашиты тонким катгутом. Место прикрепления опухоли занимало заднюю поверхность грудины от IV ребра и распространялось на гр. xiphoides. Вся эта поверхность слабо кровоточила. Прижатие тампоном с горячим солевым раствором прекратило кровотечение. Все левое легкое было спавшееся, сердце великолепно работало в ушибленной сердечной сорочке. Вся левая плевральная полость наполнена теплым физиологическим раствором и закрыта швами нагло в несколько этажей. Плевра захватывалась вместе с мышцами. На кожу скобки. Физиологический раствор соли принуждены были оставить в полости плевры, т. к. выкачать его было нечем. Больная операцию перенесла хорошо.

На 4-й день t^0 стала повышаться, что было отнесено на всасывание солевого раствора из полости плевры. Самочувствие все время хорошее. На 8 день швы сняты—prima intentio. T^0 все время была повышенна, и я разъединил края раны и из-под мышц показался гной. Влажная повязка. Прокол левой плевральной полости дал чистую кровянистую жидкость.

23/IX. Прокол и отсасывание шприцами кровянистой жидкости из плевральной полости в количестве 1000.0; с этого дня t^0 упала до нормы.

7/X. Осталась линейная грануляционная поверхность. T^0 нормальна, самочувствие хорошее. Встает и ходит с 8 дня после операции, т. е. со времени снятия швов. Усиленно просит выписать ее.

10/X Б-ная выписалась с зажившей раной. Полученная при операции опухоль твердая, покрыта плеврой, плотно с ней сращенной. Длина 22 см., ширина 18 см., высота 9 см. Вес, к сожалению, не измерен. Патолого-анатом. исследование показало картину—fibroma durum. Б-ная несколько раз показывалась и довольна своим состоянием.

В моей практике опухоль плевры встретилась впервые. Наверное много подобных опухолей пропущено под диагнозом тbc легких, плеврита, спаек и т. п.

Нечег в 1924 году опубликовал 8 случаев опухолей грудной полости, причем только в одном случае был поставлен диагноз до опера-

ции. Он же в 1927 году приводит уже 31 случай подобных опухолей. Смертность у него 10%. Tudor Edwards говорит, что подобные опухоли редки и для диагностики советует производить pneumothorax спо-следующей рентгенографией. Автор оперировал 7 случаев, причем один окончился летально. Автор в некоторых случаях советует оперировать двухмоментно.

Divis и Sike обнародовали в 1928 году один случай внутригрудной опухоли у женщины, 42 лет, с исходом в выздоровление. В статье Спасокукоцкого „Вопросы легочной хирургии“, в кн. 15—16 Н. Х. А., приведен случай эндотелиомы плевры, окончившийся после операции выздоровлением. Из описания этого случая видно, что опухоль была вне-плевральная, сидела на ребрах задне-боковой стенки грудной клетки и, видимо, по словам Спасокукоцкого, выросла из внутригрудной фас-ции.

Хорошо тем хирургам, у которых благоустроенное отделение, и имеется аппарат для пневмопрессии. В Уфимской больнице приходится страдать от недостатка всего. Подобным бедным хирургам и приходится применять способ, если не ошибаюсь, Witzel'я—наполнять всю плевральную полость физиологическим раствором и только тогда зашивать рану наглухо. Можно затем, если у кого есть аппарат Potain'a, этот раствор выкачать и легкие растянутся.

При подобных операциях я предлагаю во время отсасывания жидкости давать больному дышать углекислотой, как мы теперь делаем при всяком общем наркозе. При применении углекислоты больные начинают усиленно и глубоко дышать и я думаю, что спавшееся легкое по удалении жидкости из плевральной полости расправится. Из своего опыта с ранениями грудной клетки я вынес впечатление, что пневмоторакс не страшен. Мне приходилось во многих случаях при ранениях вскрывать грудную полость и затем, пользуясь вливанием физиол. раствора соли, зашивать наглухо и бульные великолепно выздоравливают. В 4 случаях опухолей грудной стенки, при удалении их вместе с ребрами, пришлось произвести pneumothorax и исход был благоприятный. В 2 случаях запущенного рецидива рака грудной железы пришлось удалять по 5—6 ребер с плеврой и резецировать приращенные легкие. Зашитое легкое пришивалось в ране к мышцам. Обе больные выписались с зажившими ранами. Надо только оперировать увереннее и быстрее. На некоторых врачей вид раны при подобных операциях производит тревожное впечатление—видны сердце, большие сосуды, легкие, но у больных обыкновенно дыхание и пульс не представляют серьезных изменений и операции проходят спокойно.

Из Уфимск. Бакинститута. (Директор д-р Крыжановский).

К вопросу о скарлатине.

Е. И. Спесивцева.

Проделанная нами работа не является массовым наблюдением, базирующимся на статистических данных, а представляет тип ориентиро-вочного опыта, проведенного в определенных условиях. Нами была по-