

жено лишь звуковыми явлениями и урчанием. Если в нашем втором случае перистальтику наблюдать мы могли, то это объясняется, во 1-х, тем, что кишечник замурован не в одну камеру, во вторых, спайки были нежные, уступающие силе перистальтики. Наличие в животе опухоли, явления диспепсии, явления хронической, интермиттирующей кишечной непроходимости, данные анамнеза и объективного исследования, повторность оперирования больного по поводу кишечной непроходимости— все это должно быть учтено при изучении случая. Но если бы мне встретился случай забрюшинной грыжи, где в образовании ее принял участие весь тонкий кишечник, отличить такую грыжу от полного осумковывания кишечника мне бы не удалось даже в случае, когда больной лихорадит, т. к. первичное страдание (грыжа) может осложниться процессом со стороны париетальной или висцеральной брюшины.

Правда, точный диагноз не всегда необходим. При развитии явлений острой кишечной непроходимости неотложного оперативного вмешательства настойчиво требуют симптомы. Если же частичное или полное осумкование кишечника симулирует опухоль или хроническую инвагинацию и т. п., операция не всегда уместна и безусловно нежелательна в случаях с высокой склонностью брюшины к образованию сращений и спаек, т. к. операция будет способствовать их развитию и тем самым ухудшит положение больного.

Из Крестьянского курорта имени Сталина в Ливадии
(Главврач Ф. В. Яблонский).

К вопросу о пломбировке жировой тканью легочных каверн при туберкулезе.

Д-ра А. И. Цанова

(Консультанта-хирурга Ливадийского курорта).

Существует два метода пломбировки легкого при туберкулезе: один— жиром по Тюффе, другой—парафином по Беру и Зауебруху. И тот, и другой способ имеет своих сторонников и приверженцев. О преимуществах парафиновой пломбы мы скажем впоследствии, сейчас же опишем случай неудачной пластики жиром, закончившейся гнойным процессом и давшей отхождение авто-трансплантата.

Большая М., 33 л., русская, дом. хозяйка, поступила на лечение в Крестьянский курорт „Ливадия“ 5/IV 1931 года (История болезни № 1794) с кавернозным туберкулезом В I—III после операции пломбировки левого легкого жировой тканью, взятой у нее же с левого бедра.

Из анамнеза выяснилось, что больная осталась без родных с 2-хлетнего возраста. Отец и мать ее умерли от туберкулеза легких. Условия жизни ее в отношении питания и жилища в прошлом и по настоящее время удовлетворительные. Менструации с 14-ти лет правильные, 4 дня, обильные. Замужем с 21 года, имела 4 беремености, три раза были преждевременные роды, женских заболеваний нет. Больная перенесла в детстве золотуху—6 лет; 11-ти лет ангину; 22-х лет—плеврит; 25 лет—возвратный тиф и, наконец, 31 года заболела туберкулезом легких.

Начало и развитие настоящего заболевания больная описывает следующим образом: в июне 1930 года она выкупалась в реке и сразу заболела. Появился му-

чительный кашель с высокой температурой до 40° и боли в левом боку. У нее оказался тяжелый плеврит, и она была взята под наблюдение диспансера. Там было установлено еще заболевание левого легкого. За 6 месяцев она получила 18 вдуваний при наложении искусственного пневмоторакса. После этого она хорошо поправилась и стала работать. Через 6 месяцев процесс снова обострился и вдувания уже не помогали, ввиду образовавшихся сращений в плевральных листках. Больная дала согласие на производство операции plombировки легкого ввиду наличия каверны в верхней доле левого легкого. Операция сделана в декабре 1930 года. С наружной поверхности левого бедра взят лоскут широкой фасции вместе с жировой тканью и означенный лоскут трансплантирован в зону, расположенную на уровне 3—4 ребра, после резекции 3-го ребра и после отслоения листка эндоторакальной фасции. Ткани над местом операции зашиты наглухо. Заживление первичным натяжением. Рана на ноге дала суппurations и до сих пор не зажила, проявляя вялую способность к регенерации и эпителиализации. Через месяц, в январе 1931 года, в виду недостаточного эффекта от plombировки легкого, сделан левосторонний френикоэкзерез, удален нерв длиной 22 см. (по словам больной). Состояние здоровья все не улучшалось и больная была направлена с Урала на Южный берег Крыма для санаторного лечения.

St. praes. Больная среднего роста, правильного телосложения, подкожный жировой слой хорошо выражен, костно-суставная и мышечная система уклонений от нормы не представляет. На левой передней половине грудной клетки над левой грудной железой имеется опухоль, величиной с кулак, над которой хорошо выделяется старый рубец от бывшего разреза при plombировке легкого. Опухоль флюктуирует и приподнимается при каждом пульсовом ударе сердца. Вокруг имеется покраснение кожи и болезненность при давлении. Вдоль грудино-ключично-сосковой мышцы слева имеется свежий рубец длиной в 10 см., идущий через ключицу вниз после бывшего френикоэкзереза. Больная по своему телосложению относится к артритическому или пикническому типу конституции. При выслушивании сердца—оно в пределах нормы, с небольшим смещением вправо, тоны—глухие, акцент на втором тоне легочной артерии, пульс 100 ударов в 1 минуту. В правом легком (по рентгеноскопии д-ра Орлова) петрификаты в области гилуса, синус справа свободен, диафрагма подвижна. В левом легком, на уровне от 2-го до 7 ребра, имеется густая тень, резко ограниченная от остальной легочной ткани. Слева диафрагма неподвижна. При auscultации отмечается жесткое дыхание справа с резким выдохом на верхушке, слева приглушенное дыхание, отсутствующее в центральной зоне легочного поля. Притупление от 2 го до 8 ребра спереди, сзади легочный звук несколько проясняется. При исследовании мокроты лейкоциты в порядочном количестве, эластических волокон нет, палочки Коха от 2-х до 6-ти в поле зрения. В других органах уклонений от нормы нет.

13 апреля, ввиду резкого увеличения опухоли на месте бывшей операции и высокой температуры, сделана пункция толстой иглой, причем извлечено 100,0 густо-зеленого гноя смешанного с большим количеством жировых капель на его поверхности. Больной стало легче. Температура несколько снизилась, самочувствие стало лучше, затруднения в дыхании нет, стесненности со стороны сердца также нет. Исследование гноя на палочки Коха дало отрицательный результат.

29 апреля ввиду повторного увеличения абсцесса сделано снова удаление гноя путем пункции и удалено 200,0 густо-зеленого гноя с теми же жировыми каплями.

13 мая у больной повторное накопление гноя вызвало настолько сильное растяжение кожных покровов и их истончение, что, не дождавшись оперативного вмешательства, нарыв сам вскрылся в нижнем углу операционного рубца и при этом вытекло большое количество гноя. При перевязке рана была чуть расширена и из ее глубины торчал кусок отгноившейся ткани, который оказался фасциально-жировым трансплантатом, который был мною целиком удален в стадии гнойного распада. Длина фасции около 15 см., ширина 3 см., жировая ткань разложилась и вышла вместе с гноем. Вслед за отгноившимся лоскутом вытекло еще около 200,0 гнойной жидкости. Рана была затампонирована, и больной стало гораздо легче. Для того чтобы убедиться, что гнойная жидкость и сама плomba не прорвала плеврального листка и не опустилась вниз, давая гнойный плеврит—была сделана пункция в 7 межреберном промежутке толстой иглой, причем ничего нельзя было извлечь.

В настоящее время больная хорошо себя чувствует и раневая полость быстро заполняется грануляциями, давая незначительное количество гнойной отде-

ляемого. Температура у нее пала до 37° с несколькими десятками, пульс 84—86 ударов в минуту.

Этот интересный случай бацилярного кавернозного туберкулеза, окончившийся неудачей при наложении жировой пломбы по Тюффье, лишний раз подтверждает то положение, что блестящая и заманчивая идея сжатия каверны пломбирочным материалом должна соответствовать определенным законам сопротивления материалов, иначе эффект получается отрицательный. В самом деле, жировая ткань, взятая у туберкулезного больного, не обладает достаточной степенью биологической репаративности и того хорошего тургора, которым отличается всякая ткань у здорового организма, и, с другой стороны, трудно рассчитывать у туберкулезного больного получить хорошую прослойку жировой ткани, которая нужна для пластики. Во-вторых, ослабленная сопротивляемость жирового материала не может дать того длительного давления, которое необходимо проявить на ригидную стенку каверны. В этом отношении абсолютная стерильность жирового трансплантата не спасает биологически ослабленную пересаженную ткань от механических условий ее гангренизирования и медленного некротизирования.

Ведь, в самом деле, если мы в других случаях получаем блестящий эффект при жировой трансплантации, как это мы часто видим при пластике жиром дефектов в мозговой ткани и в других местах, то здесь сопротивляемость разнородных тканей весьма незначительна и кровоснабжение быстро входит в свои права, создавая условия биологической репаративности ткани и ее органического приживания. Профессор Лексер в новом издании своей „Wiederherstellungschirurgie“, т. 2-ой, 1931 г., основным условием всякой трансплантации ставит именно эти условия жизнеспособности ткани, ее будущей регенеративности, биологической сопротивляемости и достаточного кровоснабжения.

А что мы имеем в этой зоне операционного поля у туберкулезного больного?

Для наложения пломбы при кавернозном туберкулезе полная облитерация плеврального пространства является более необходимой здесь, чем при торакопластике—это основное требование выдвигает Saenger и Nissen*).

Ответвленная после резекции ребра прошвартованная плевро представляет собою проросшую фиброзом пластинку с ограниченным кровоснабжением и большой степенью склероза. Здесь не приходится рассчитывать на хорошее кровоснабжение этой зоны, и естественно, что жировой трансплантат, лишенный своего материнского кровоснабжения, не может найти для себя достаточно кровяных источников в фиброзной и склерозированной плевре. Кроме того механическое отслоение тончайшего плеврального листка, поддаваясь и уступая большой силе хирурга, вызывает также большее сопротивление в обратном направлении, из-за чего страдает все та же жировая ткань. Здесь к сопротивлению самой отслоенной плевро и соединяется также и резистентность кавернозной полости, ее стенки и самой легочной ткани. Жировой трансплантат находится между молотом и наковальней и, в конце концов, в результате всех вышеотмеченных моментов и фактов создаются благоприятные условия для

* Nissen. „Surgery, Gynec. and Obst.“, 1931, № 3, p. 732—738.

механической некротизации пересаженной жировой ткани, что и было в нашем случае.

В отношении применения парафиновой пломбы—последняя имеет много преимуществ, из которых два являются основными, это во-первых, доступность абсолютной стерильности парафина и, во-вторых, хорошая сопротивляемость материала, берущая перевес над сопротивляемостью плевральной и легочно-кавернозной ткани. Застывание парафина и его уплотнение создают благоприятные условия для облитерации каверны при достаточном сжатии ее стенок. Отрицательным свойством этого материала является также его свойство механически травмировать ткани и вести их к некрозу, что также дает последующее нагноение и отхождение парафина. Один такой случай нам пришлось наблюдать после наложения парафиновой пломбы доктором Л. С. Кишем у больной, страдавшей кавернозным туберкулезом верхушки легкого. Пломба нагноилась, получилась гнойная полость, которая заживала вторичным натяжением. Может быть, в этом процессе вторичного нагноения и последующей облитерации полости есть свой смысл и какая-то биологическая целесообразность, мы не беремся судить. Получающийся вторичный воспалительный инфильтрат в конце концов ведет пораженную и оперированную зону к хорошему рубцеванию, но каковы пределы полезности этого процесса и хорошо или плохо они отражаются на организме—для решения этого вопроса необходимы большие клинические и экспериментальные исследования и наблюдение над ближайшими и отдаленными результатами этого метода лечения.

Во всяком случае, в заключение, мы должны отдать предпочтение методу парафиновой пломбы для лечения каверн при туберкулезе легких, а метод жировой трансплантации считать неподходящим в настоящих неблагоприятных условиях операционного поля.

Из Акушерско-гинекологич. отд. Коростенской городской больницы.
(Зав.—прив.-доц. А. П. Николаев).

К вопросу о родовых повреждениях мочевого пути женщины.

Пр.-доц. А. П. Николаева.

(С 2-мя рисунками).

Недержание мочи после родов имеет за незначительными исключениями травматическое происхождение. Оно может явиться следствием двух различных причин, а именно—следствием долгого стояния головки плода в полости или чаще во входе малого таза и связанного с этим длительного прижатия подлежащих тканей, из которых наиболее страдает передняя стенка вагины с задней стенкой пузыря и уретрой—или результатом оперативных вмешательств, предпринятых с целью родоразрешения без наличия необходимых условий, чаще при неопорожденном мочевом пузыре и при неподготовленных родовых путях.

Нас в данном случае будут интересовать лишь повреждения первого рода. Нужно заметить еще, что они могут не проявляться видимыми