

на шприц любой емкости, на дистальный наконечник прибора одевается игла для пункции, на боковой—резиновая трубка, соединенная со стеклянным сосудом с новокаином (подобно бобровскому аппарату), или же конец резиновой трубки спускается в мензурку с раствором новокаина. Во время анестезии хирург ставит сосуд или мензурку с новокаином возле себя на столике и, проверив всю систему и выпустив воздух, вводит иглу, насаженную на прибор со шприцем, в зависимости от потребности, на различную глубину в ткани. Во все время производства анестезии регулируется количество вводимого новокаина, благодаря непрерывному наполнению и опорожнению шприца. Хирург во все время работы с этими приборами в состоянии контролировать давление и скорость продвижения анестезирующей жидкости в человеческие ткани. При этом сохраняется непрерывность подачи тока и не требуется посторонняя помощь при производстве местной анестезии. Операционная сестра освобождается от участия в производстве анестезии, что особенно важно в участковой и боевой обстановке, где остро ощущается недостаток помощников.

Применение этих приборов распространяется не только для целей переливания крови и местной инъекционной анестезии. С одинаковым успехом они могут быть использованы для: 1) введения любых жидкостей в различные ткани и кровеносные сосуды человеческого организма, 2) для выведения жидкостей и крови из полостей (асцит) и кровеносных сосудов (венопункция), 3) в бактериологической практике для массового разливания сывороток и вакцин, 4) в ветеринарной практике при массовых прививках животным и 5) для технических целей в промышленных предприятиях.

Рекомендуемые нами приборы, благодаря простоте устройства и своим небольшим размерам, требуют для своего изготовления небольшого количества материала, что дает возможность готовить их из обрезков металла (утильсырья). Массовое изготовление приборов удешевит их стоимость и освободит нас от импорта дорого стоящей аппаратуры для переливания крови, местной анестезии и других целей.

Предлагая вниманию врачебной массы описанные выше приборы, авторы будут вполне удовлетворены, если массовое испытание приборов покажет, что их скромное предложение может принести некоторую пользу.

---

Из Ливенской районной больницы (г. Ливны ЦЧО).

### Эхинококк подковообразной почки.

П. С. Баженов.

Эхинококк почки—редкое заболевание. Кероциан в своей монографии об эхинококке почки мог привести только 86 случаев эхинококка почки и охолопочечной клетчатки, найденных им в русской литературе за 46 лет до конца 1928 года.

Крупнейшие урологи располагают очень немногими случаями эхинококка почки. Так, напр., проф. С. П. Федоров на 900 почечных опера-

ций встретился с эхинококком всего два раза. Israel на 2000 почечных операций не имел вовсе ни одного случая эхинококка почки—единственное, как он говорит, почечное заболевание, которое он не видел.

Подковообразная почка тоже редко встречается в хирургической практике. Тут мы имеем такие цифры: у С. П. Федорова подковообразная почка встретилась 1 раз на 127 почечных операций; по Botez п. почка (п. почка—подковообразная почка) попадает 1 раз на 143 почечных операции, по Iudd, Braasch, Scholl—1 раз на 142 операции и по Marion—1 раз на 250 операций. На вскрытиях п. почка встречается реже—1 раз на 750 вскрытий (отсюда видно, что п. почка заболевает чаще, чем обыкновенная нормально сформированная и расположенная почка).

Принимая в соображение как редкость почечной локализации эхинококка, так и редкость п. почки, уже а priori можно утверждать, что э. п. п. (эхинококк подковообразной почки) является чрезвычайной редкостью. Это и подтверждается литературными данными. Legueu (зас. Парижской медицинской академии 18.III 1924 г.) говорит, что ему пришлось оперировать 10 раз по поводу заболеваний п. почки: в 5 случаях по поводу туберкулеза, в 3 случ. по поводу камня, в 1 случае по поводу гидронефроза и в 1 случае по поводу эхинококка. Eisenbraht, Phifer и Culver на 152 собранных ими из литературы случаев различных, по разным поводам, операций на п. почке указывают на 1 случай геминефректомии п. почки, пораженной эхинококком. Waltmann и Pristley из клиники Mayo указывают, что за время 1909—1931 г. прошло 68 случаев п. почки, а эхинококка не было ни разу.

Можно таким образом утверждать, что интересующее нас заболевание действительно является большой редкостью.

В 1932 году мне пришлось оперировать э. п. п.

Привожу описание этого случая.

5/VIII 1932 года в Ливенскую районную больницу поступила крестьянка Анисимова Мария, 37 лет (№ приемн. журнала 2198), с жалобами на опухоль в левой половине живота. Опухоль большая заметила осенью 1931 года и сначала она больную не беспокоила.

С весны 1932 г. появились постоянные, усиливающиеся от движения боли, заставившие больную обратиться к врачу. Врач сказал, что это—опухоль селезенки и посоветовал обратиться к хирургу. Расстройств мочеиспускания и крови в моче больная не замечала. Внутренн. болезнями не хворала. Месячные всегда в порядке. Рожала пять раз, последние роды 2 года назад. За последнее время больная похудела и у нее появился упадок сил.

Status praesens. Больная оч. малого роста (142 см.), бледна. Со стороны легких и сердца отклонений от нормы нет. Бросается в глаза опухоль, занимающая левую  $\frac{1}{2}$  живота. Верхний конец опухоли уходит в левое подреберье и не доступен ощупыванию. Нижний край опухоли находится на уровне гребешка подвздошной кости. Сзади опухоль доходит до поясничных мышц, а спереди заходит за среднюю линию пальца на 2. При перкуссии опухоль дает тупой звук. Опухоль неподвижна и не смещается при дыхании. Консистенция опухоли не одинакова: в поясничной области она тугоэластичная, ровная, а спереди—плотная, бугристая. При ощупывании опухоли умеренные боли. Матка запрокинута кзади, подвижна, с опухолью не связана. Моча нормальна. После массирования в течение 5 минут опухоли в моче белка не оказалось. После раздувания воздухом толстых кишек—по передней стороне и по нижнему краю опухоли появилась раздутая кишка. При дистоскопии: мочевой пузырь нормален; из отверстия правого мочеточника периодически выбрасывается сильная струя мочи, из отверстия левого мочеточника не выделяется ни-

чего. Был поставлен диагноз новообразования почки. 10/VIII 1932 года под эфирным наркозом была сделана операция.

Разрез поперечный, пачат тотчас над пупком и закончен под XII ребром. По разрезе мышечного слоя было обнаружено, что опухоль—затрубничная, но на передней поверхности ее—столь плотные сращения, что необходимо вскрыть брюшную полость. К поперечному разрезу был прибавлен тогда разрез по средней линии, обходящий слева пупок и спускающийся до середины расстояния между пупком и лобком. Когда рана была затем раздвинута, то получился хороший доступ к опухоли и было обнаружено следующее. Верхний край опухоли расслаивает брыжейку поперечной ободочной кишки. По передней поверхности опухоли проходят корень брыжейки тонкой кишки (близко от правого края опухоли) и нисходящая ободочная кишка (у левого края опухоли). Нижний конец опухоли свободен, правый край нависает на позвоночник. На передней стороне опухоли между корнем брыжейки тонкой кишки и нисходящей ободочной кишкой, на пространстве, величиной в ладонь, брюшина чрезвычайно утолщена и мозолисто-плотна. Было приступлено к выделению опухоли. Задняя поверхность и верхний конец опухоли были выделены без труда тупым путем. Вышеуказанное мозолистое утолщение было обведено ножом со всех сторон, причем с одной стороны разрез пришелся близко от корня брыжейки тонкой кишки, а с другой, у самого края нисходящей ободочной кишки. Был опять найден слой, в котором опухоль хорошо выделялась тупым путем, и таким образом был выделен нижний полюс и внутренний край опухоли, где опухоль прилегала к аорте и где были обнаружены 3 тонких сосуда, которые были перевязаны катгутом. После этого опухоль стала подвижной и свободной всюду, кроме нижневнутреннего полюса. Оттягивая опухоль кверху и влево и продолжая отслаивать брюшину, было обнаружено, что опухоль переходит в мощный перешеек подковообразной почки, переходящий над аортой и полой веной на правую сторону. Перешеек очень легко выделился из подбрюшной клетчатки и тогда стали видными протекающие по передней стороне перешейка и уходящие вниз мочеточники. В перешеек никаких сосудов не входит. Опухывание показывает, что правое бедро подковообразной почки гипертрофировано. Левый мочеточник как можно ниже отрезан, а затем перешеек подковообразной почки перерезан двумя клинообразно сходящимися, проведенными с передней и задней сторон перешейка, разрезами. Из поверхностней разреза—умеренное кровотечение, остановившееся после наложения катгутовых швов, приводящих в соприкосновение поверхности разреза. Парезальная брюшина, которая прикрывала опухоль и которой теперь оказалась большой излишек, снята швами. Брюшная рана зашита и в подбрюшинное пространство со стороны поясницы введен 1 резиновый дренаж и 2 марлевых полоски.

Послеоперационный период протек без особенностей; моча выделялась сразу после операции в достаточном количестве. 3/IX 1932 г. больная выписалась здоровой с хорошим послеоперационным рубцом. Удаленная опухоль была демонстрирована на заседании Ливенской научной медицинской ассоциации 5/XII 1932 г.

Препарат представляет собой продолговато-круглую туго напряженную кисту размером  $22 \times 10 \times 14$  см. На нижнезаднем участке препарата—почечная ткань, представляющая остаток не разрушенной паразитом левой половины п. почки и  $1/2$  перешейка ее. Этот остаток имеет размеры в длину 5 см., в толщину 3,5 см. и в ширину 4,5 см. Одним концом он постепенно переходит в кисту, а другой конец свободен и ограничен двумя клинообразно сходящимися, плоскостными разрезами, обнаруживающими корковую часть почечной паренхимы. Из передней стороны оставшейся в препарате части подковообразной почки выходит мочеточник (кусочек в 7 см.). Мочеточник выходит из сдавленной кистой лоханочки, атрофированной до щели ничтожных размеров. Наружная поверхность кисты шероховата и на ней заметны отдельные клочки соединительной ткани; только на участке передней поверхности кисты, величиной в ладонь, поверхность гладкая, блестящая, состоит из утолщенной в этом месте и мозолисто-плотной брюшины. По вскрытии препарата (кисты) вылилась находившаяся под очень большим давлением прозрачная и бесцветная, как вода, жидкость.

На внутренней поверхности кисты перламутрово-белая, легко смещающаяся и ложащаяся в складки хитиновая оболочка эхинококка, толщиной в  $1\frac{1}{2}$ —2 мм. Толщина стенки самой кисты от 1 мм. (на задней верхней части) до  $1\frac{1}{2}$  см. (на передней, покрытой вышеописанным утолщением, части).

Что касается этиологии и патогенеза э. п. п., то здесь нет ничего специфического. Все, что вообще известно про этиологию эхинококка, приложимо к п. почке. Можно только прибавить, что если п. почка особенно предрасположена к камням и гидронефрозу (наиболее встречающиеся болезни ее), то этого нельзя сказать про эхинококк: нет никаких предрасполагающих условий для его развития в п. почке, и это хорошо подтверждается исключительной редкостью эхинококка в ней.

Распознавание эхинококка даже обыкновенной почки, судя по литературным данным, весьма трудно. Боголюбов в 1904 году собрал 116 случаев оперативно леченного эхинококка почки и оказалось, что диагноз до операции был поставлен только в 10 случаях; да и то из этих 10 случаев в 3-х было отхождение эхинококковых пузырей с мочей и испражнениями. Керониан в упомянутой монографии из 600 собранных из литературы случаев эхинококка почки указывает только 34 верных диагноза закрытого эхинококка почки. Правда, эти цифры были получены на материале, в который вошло много случаев из сравнительно отдаленного прошлого, когда не было еще современных методов исследования почек. В настоящее время, кроме разработанной методики исследования почек, в наших руках имеется доступный и хороший метод для распознавания эхинококка—интрадермальная проба Cassoni, про которую имеются самые благоприятные отзывы в литературе и которая, по данным некоторых авторов, дает более 90% положительных результатов.

Благодаря всему этому вышеупомянутые цифры уже не приложимы к современности; и за последние годы в хирургической литературе появляются подряд сообщения об эхинококке почки, правильно распознанном до операции.

Однако, все же остаются условия, делающие распознавание эхинококка трудным. Эти условия заключаются в большой редкости этого заболевания и не характерной симптоматологии его. Благодаря редкости болезни часто забывают, при наличии того или иного заболевания почки, о возможности эхинококка в ней, не делают специальных исследований, и таким образом возможный во многих случаях диагноз упускается.

Симптоматология эхинококка почки, как уже сказано, не характерна.

Если благодаря этому диагноз эхинококка обыкновенной почки является трудным и правильно ставится редко, то распознать э. п. п., разумеется, еще труднее; тут присоединяются еще трудности диагноза самой п. почки. Благодаря этому п. почка до сих пор еще редко распознается до операции и ее наличие является обыкновенно сюрпризом при операциях. Так, по Eisendraht, Phifer, Culver из 152 подвергнутых операции случаев п. п., лишь в 27 случаях был до операции правильно поставлен диагноз п. почки. Jacob приводит еще более неблагоприятные данные: из 108 операций на п. почке правильный диагноз был поставлен только в 12 случаях.

Вышеупомянутый сюрприз, когда при операции наталкиваются на п. почку, не относится, как известно, к числу приятных. А еще более неприятным становится он, когда и на операции п. почка не распознается и операция продолжается. В этом отношении характерен случай, бывший с таким авторитетным урологом, как Magion. На заседании французского урологического общества 20/II 1928 г. он сообщил следующий случай: пытаясь удалить пораженную калькулезным пионефрозом почку путем подкапсулярной нефрэктомии, Magion, при выделении нижнего полюса

почки, получил ощущение, что разорвалось какое-то сращение. Началось кровотечение, и оказалось, что был разорван перешеек п. почки. Кровотечение было остановлено наложением зажима à demeure на оставшуюся часть перешейка. На опасность операций на нераспознанной п. почке указывает и M. Zondek. Он говорит, что из 52 случаев геминефректомии на нераспознанной п. почке 8 кончились смертью.

Своевременное распознавание п. почки является таким образом важным и надо сказать, что, благодаря современным способам исследования, оно является возможным.

Вот известные в настоящее время диагностические признаки, по которым определяется п. почка:

- 1) При благоприятных условиях может быть прощупан перешеек п. почки (Israel).
- 2) По американским авторам больные с п. почкой не могут сильно разогнуть поясничную часть позвоночника.
- 3) Подозрение на п. почку должно возникнуть, если имеется необъяснимая гипертрофия сердца или если ниже опухоли кровяное давление понижено и пульс застывает.

4) Главные и решающие признаки п. почки получаются при рентгеновском исследовании.

На контрастной рентгенограмме тени почек располагаются или параллельно друг другу или даже конвергируют нижними полюсами к позвоночнику (Zondek).

5) При камнях в п. почке тени от камней расположены близко к позвоночнику (Israel).

6) При рентгенографии с введенными в мочеточники импрегнированными катетерами тени от последних располагаются ближе к средней линии, чем в норме; тоже и лоханки (при пиелографии), а чашечки идут в направлении спереди назад, и иногда даже расположены ближе к средней линии, чем лоханки (Magion).

7) При пиелографии, или, скорее, при пиелоскопии: а) лоханка видна на передней стороне опущенной неподвижной почки; б) чашечки не видны, так как они скрыты за лоханкой; в) при рассматривании больного в профиль видна впереди позвоночника тень от лоханки, а если сделать снимок, то появляется и тень от чашечки (Legu).

Таким образом, в наше время, при наличии хорошего оборудования и инструментария и при умении в совершенстве владеть методами исследования, можно распознать наличие п. почки и нет ничего удивительного в том, что в последние годы авторы описывают по несколько случаев подряд до операции верно распознанной п. почки.

Теперь мне остается сказать про лечение э. п. п.

В этом вопросе придется сопоставить установленные на сегодняшний день положения об эхинококках вообще (и почки в частности) с теми физиологическими и хирургико-анатомическими особенностями, которые представляет собой п. почка

Лечение эхинококка в настоящее время является хирургическим и может быть либо консервативно-оперативным, либо радикальным.

Консервативные методы в приложении к э. п. п., пожалуй, не будут иметь ничего специфического. Подойти к паразиту, удалить его по тому или иному способу и так или иначе обработать образовавшуюся в органе полость—все это не представит чего-либо особенного. При такой консервативной операции можно окончить ее благополучно и не заметить самого наличия п. почки, т. к. при этом не требуется обнажать орган со всех сторон и незачем его особенно вывихивать в рану; иными словами, может случиться такой факт, что хирург сделает операцию на п. почке, а останется в уверенности, что перед ним была обыкновенная почка. Не исключена, следовательно, возможность попадания хотя бы и единичных подобных случаев в статистику эхинококка обыкновенной почки. И тогда пришлось бы признать, что эхинококк встречается в п. почке чаще, чем это следует из литературных данных.

Радикальное оперативное лечение э. п. п. будет состоять в удалении части органа и, в случае поражения большей части половины его, в удалении последней, т. е. в геминефректомии п. почки. Здесь еще раз следует подчеркнуть важность своевременного, хотя бы во время операции, распознавания наличия п. почки; в виду того, что п. почка не так уж редко (см. выше) попадает на операциях, для хирурга было бы желательно иметь сформулированными признаки, по которым можно в процессе самой операции во время заподозреть, а затем и установить наличие п. почки.

Ботэ в своей работе приводит следующие такие признаки.

1) Почечную лоханку находят в ненормальном положении—внизу и спереди.

2) Мочеточник обнаруживается более или менее высоко, он выходит из передней стенки лоханки и спускается по передней стороне почки.

3) Имеется много ненормально расположенных сосудов.

4) Все расположено и ниже, и ближе к средней линии, чем в случае нормальной почки.

5) Почка больше закрыта задней брюшиной, по причине своего более срединного положения.

6) Испытывают абсолютную невозможность высвободить нижний полюс почки.

Если удаление обыкновенной почки допустимо только при наличии другой, достаточной в функциональном отношении, почки, то и геминефректомия п. почки может быть произведена только при уверенности, что остающаяся половина будет достаточной для организма и имеет свое собственное независимое кровообращение и *собственный здоровый мочеточник* (Теск).

Просторный доступ при этой операции—на этом согласно настаивают все авторы—безусловно необходим не только для успешного производства нужных действий, но и для своевременного распознавания всех особенностей данной п. почки. Хорошо должны быть видны перешеек, оба мочеточника, сосуды. П. почка, как и всякая аномалия, чрезвычайно варьирует в своих особенностях; из них некоторые не популярны, а хирургическое значение имеют большое. Так, напр., перешеек п. почки может лежать не перед аортой и веной, а позади них и даже между ними; мочеточники могут впадать в самый перешеек и расстояние между ними бывает различное; расположение сосудов может быть самым причудливым и в перешеек может впадать сосуд столь значительного калибра, что от него зависит кровоснабжение какой-либо половины и т. д. При возможности все видеть во время операции—все эти особенности будут учтены и тогда геминефректомия пораженной тем или иным процессом п. почки опасных затруднений не представит.

Закрывать рану оставшейся части п. почки после геминефректомии на ней нужно особенно тщательно, чтобы избежать пропитывания мочей рыхлой подбрюшинной клетчатки; это пропитывание в случае п. почки, как это легко понятно, распространяется на обе стороны туловища. Отсюда же следует, что тем большее внимание надо обратить и на дренаж раны.