

## ОТДЕЛ III. ИЗ ПРАКТИКИ.

Из хирургического отделения Ижевской облгорбольницы (Зав. отдел.  
д-р Паншин).

### Случай ложной диафрагмальной грыжи с ущемлением и перфорацией кишек в плевральной полости<sup>1)</sup>.

Д-ра Ворончихина.

20 сентября 1930 г. в хирургическое отделение Ижевской областной больницы из родильного отделения была срочно переведена больная А., 30 лет, крестьянка, удмуртка, с явлениями непроходимости кишечника. 16 дней не было стула и в последнее время каловая рвота. Боли в животе.

Объективно: Покровы цианотичны, пульс почти отсутствует, резкое истощение; живот умеренно вздут, мягкий—*défense musculaire* отсутствует, средний тимпанит и нерезкая разлитая болезненность, <sup>то</sup> нормальная. Сознание полное.

Оперативное вмешательство не произведено. В ту же ночь, т. е. на 21/IX, больная скончалась.

Вскрытие дало: Признаки воспалительного процесса в брюшной полости отсутствуют; брюшина и серозная оболочка кишек нормальны, никаких спаек. Тонкие кишки слегка вздуты. Конец слепой кишки подтянут к левому куполу диафрагмы поверх всех органов: *colon transversum* и желудка. Неизменный *appendix* расположен тотчас под диафрагмой; отвести соесим в нормальное ложе не удалось—она плотно фиксирована к диафрагме. Приблизительно на середине левого купола диафрагмы найдено добавочное, кроме естественных, отверстие, закупоренное плотно кишечником и салником. Вскрыта грудная полость. В левой плевральной полости оказался жидкий кал—она вся до самой верхушки заполнена раздутым до полуторного размера желудка перфорированным илеоцекальным отделом тонкого кишечника длиной с один метр. Кишка в разных местах начала омертвевать; здесь же (в плевр. полости) находилась вся *flexura lienalis* толстой кишки с отечной брыжейкой и мало измененной серозной оболочкой и половина большого салника. Париетальная и висцеральная плевра мало изменены, легкое совершенно спало до размеров небольшого куриного яйца к *hilus'u*. Легкое и край грыжевого отверстия соединены длинным толстым организовавшимся тяжем. Диаметр грыжевого отверстия равняется 3 см. Край превращен в рубцовое кольцо. Сердце несколько смещено вправо. Правое легкое без изменений.

К величайшему сожалению, клиническая картина у больной неполная (не применены специальные методы исследования, напр. Рентген и др., за неимением времени). С момента заболевания больная ездила по участковым больницам течение 2-х недель, но нигде, повидимому, тщательному исследованию не подвергалась. Только в одной больнице заявили, что у ней «завязались кишки»; предложили операцию, но она отказалась.

В родильное отделение попала по поводу начавшегося в дороге аборта (4-х месячная беременность), где и пробыла 2 дня. Согласно истории болезни родильн. отделения послед отделился через 30 минут, весь цел; матка сократилась хорошо, <sup>то</sup> 36.0. Диагноз: Беременность 7-я. Аборт 4 мес. На боли в животе начала жаловаться на 6-м месяце 2-й беременности; боли и после родов не прошли. В каждую новую беременность и после выпивки боли усиливались.

Последнее острое заболевание началось после несчастного случая: во время уборки сенов с поля 2 сентября 1930 г. лошадь больной испугалась и помчалась; больная успела взяться только за вожжу, но не успела сесть на телегу. Лошадь волокла ее по земле сажень 50. Тотчас начались резкие боли в животе, груди и рвота. Этот последний момент, очевидно, нужно считать этиологией ущемления грыжи, которая существовала у больной раньше.

<sup>1)</sup> Доложено с демонстрацией препаратов на конференции врачей г. Ижевска.

Врожденная грыжа на почве пороков развития диафрагмы: наличие природного отверстия, недоразвитие мыши или отсутствия диафрагмы (Rydingier) — встречаются нередко; по Grosser'у из 433 случаев грыж — врожденных 252. Но на практике несравненно чаще встречается травматического происхождения грыжи. Несмотря на довольно определенные субъективные данные и типичный для диафрагм. грыж объективный симптомокомплекс (Рентген), последние, по данным всех авторов, трудно диагностируются и являются подчас случайной находкой при оперативном вмешательстве или на секции.

Облегчается диагностика при ущемлениях (постоянная угроза этих грыж — это внутреннее ущемление), но мы в этот период порой оказываемся бессильными помочь больным: % смертности после операц. при ущемленных д-грыжах 77% по Vayhingier'у.

Из хирургического отделения Мензелинской нарбольницы (Зав. больницей и хирургич. отд. д-р И. Ф. Харитонов).

## К казуистике наружного сечения пищевода при инородных телах.

Д-ра И. Ф. Харитонova.

По вопросу о методах удаления инородных тел из пищевода в настоящее время не может быть двух мнений. Лучшим способом является извлечение посредством эзофагоскопа. Но в то же время встречаются случаи, когда даже в руках опытных специалистов эзофагоскоп не оправдывает возлагаемых на него надежд. Так, в клинике Гаккера в 10% всех случаев извлечения инородных тел из пищевода были принуждены прибегнуть к кровавому вмешательству, в клинике проф. Волчек в 23%, по статистике Schlemmer'a на 508 сл. извлечения инородных тел в 16 случаях (3,2%) потребовалось оперативное удаление, по Sacher'у на 61 случай 3 раза (5%). Причиной, заставляющей отказаться от применения эзофагоскопа, является запущенность случая, когда отечная, набухлая слизистая оболочка пищевода, ограничивая поле зрения эзофагоскопа, таит опасность разрыва. При периезофагеальной флегмоне, абсцессе наружное сечение пищевода преследует не только цель извлечения инородного тела, но является и лечебным вмешательством, давая широкий сток гноя из медиастинального пространства. В условиях нашей действительности (отсутствие эзофагоскопов, специалистов) наружное сечение пищевода часто является единственно надежным и безопасным способом извлечения инородных тел из пищевода и при условии ранней операции.

В наших двух случаях операция произведена по поводу застревания костей.

*1-й случай.* Больной 38 лет, крестьянин, крипке, поступил в хирургическое отделение Мензелинской больницы 2-го января 1930 года. Накануне, во время еды, подавился костью. Жалуется на невозможность проглатывания пищи. Больной правильного телосложения. Сердце и легкие в норме. Пульс 80. Температура нормальна. Мягкий резиновый зонд останавливается на расстоянии 25 см. от передних зубов. 3/1 операция под местной анестезией 1/2% раствором новокаина. В пищевод для ориентировки введен резиновый желудочный зонд. Разрез слева по внутреннему краю m. sterno-cleido-mastoidei. Пищевод взят на 2 лигатуры и между ними вскрыт. Пальцем, введенным через разрез пищевода, нащупано инородное тело — кость, захвачено введенным по пальцу корнцангом и удалено. Кость представляет собой осколок лопатки гуси треугольной формы с острыми концами. На рану пищевода наложены несколько катгутовых швов. В наружную рану вставлен тампон. После операции больному придано положение по Фовлеру с приподнятым ножным концом кровати. 4/1 тампон удален. Питательные клизмы и капельные per rectum. 6/1 больной пьет сладкий чай и молоко. 7/1 больному дана жидкая каша. Рана заживает гладко. Выписан 22 января 1930 г. с гранулирующей раной. Явился через 2 месяца. Прохождение пищи свободное. На месте раны рубец.

*2-й случай.* Больной 24 л., крестьянин, татарин, поступил в хирургическое отделение Мензелинской больницы 15 февраля 1930 г. Подавился говяжьей костью 3 дня тому назад. Жалуется на невозможность проглатывания пищи. Больной правильного телосложения. Сердце и легкие в норме. Температура 39,2. Мягкий резиновый зонд останавливается на расстоянии 25 см. от передних зубов.