

3/XI 31 г. По словам больной она весь день провела на работе и, вернувшись около 3 час. дня в помещение, прыгнула с нар, причем почувствовала сильнейшую боль в подложечной области. Дежурный врач больницы (терапевт) при осмотре больной заподозрил симуляцию (!) и велел поставить ей одну за другой 2 клизмы. Однако, клизмы не помогли и больная продолжала стонать. Тогда деж. врач распорядился дать 20,0 natr. sulfuric. Часа через 3—4 после дачи слабительного у больной стал быстро раздуваться живот. Было послано за хирургом.

Придя к больной около 9 час. вечера, я застал ее в очень тяжелом состоянии. Больная очень бледна, выраженные явления „*facies Hippocratica*“, живот резко вздут, как шар. При перкуссии по всему животу тимпанический тон, такой же тон на месте печеночной тупости. Прощупать ничего не удается, перистальтики кишечных петель незаметно. Р на art. radialis едва прощупывается.

Ввиду крайне тяжелого состояния больной, предполагая острую кишечную непроходимость, я решил ограничиться на первый случай лишь наложением калового свища, не давая общего наркоза. После предварительного вливания 600,0 физиологического раствора, приступлено к операции (опер. журнал № 89).

Под местной анестезией разрез в подвздошной обл. по Мак-Бурнею. Осторожно надрезана брюшина. Тотчас же послышался свистящий звук выхода газа и воздуха и запах кишечных газов. Живот стал быстро опадать, как проколотый футбольный мяч. Во избежание гиперемии *e vascis* я зажал отверстие в брюшине и выпустил газы в несколько приемов. Больная заявила, что ей легче дышать. Расширив отверстие в брюшине, я приступил к осмотру брюшной полости. В брюшной полости много жидкого кала. *Serosum* не вздута. *Appendix* в норме. Петли тонких кишек также не вздуты. Признаков *ileus* не было, налицо было прободение. Расширять рану и искать место прободения нельзя было, т. к. больная умирала. Исчез пульс в art. radialis, на сонной артерии пульс был едва ощутим. Операционная рана была быстро зашита, через 5 минут после снятия с операционного стола, несмотря на впрыскивания *ol. camphorae*, *адrenalina* и т.д., наступил *exitus*.

На другой день было произведено вскрытие.

Сосуды брыжейки поперечной ободочной кишки оказались затромбированными. На поперечной ободочной кишке в местах вхождения сосудистых пучков в стенку кишки—несколько черных некротических бляшек. В одном из таких некротизированных участков обнаружено круглое прободное отверстие, диаметром с карандаш. Причин тромбоза сосудов вскрытие не установило.

Случай этот поучителен в том смысле, что учит обращаться осторожно со слабительными, т. к. разрыв кишки, повидимому, произошел от чрезмерного наполнения газами парализованной кишечной петли после дачи *natr. sulfuric*.

Прободение наступило в первые 6 часов после начала заболевания.

Лишний раз подтверждается правило, что все больные с малейшим подозрением на кишечную непроходимость должны немедленно передаваться в руки хирурга, причем дача слабительных строго противопоказана.

Своевременно сделанная резекция толстой кишки могла бы спасти больную.

Из I-го хирургического отделения 2-ой Сов. больницы (зав. Гладышев).

К казуистике двухстороннего субдиафрагмального абсцесса¹⁾.

Д-р Патлис Г. Д. (Харьков).

Патология субдиафрагмальных абсцессов в медицинской литературе разработана в достаточной мере, за то симптоматология и этиология их нуждаются в дальнейшем изучении. Болезненные симптомы поддиафрагмального нарыва разнообразны, часто неясны и потому распознавание их в некоторых случаях встречает затруднение; каждый отдельный,

¹⁾ Доложено на научной конференции врачей 2-ой Сов. 6-цы.

руднение; каждый отдельный, описанный случай заслуживает внимания, так как может внести определенную ясность указанием на причину данной болезни от разного рода воспалительных процессов, близлежащих или отдаленных органов брюшной и грудной полостей. В большинстве случаев поддиафрагмальные абсцессы трактуются как нарывы внутрибрюшного происхождения. Заболевание это—вторичного происхождения. Из близлежащих органов следует считать для прав.—желудок с 12-перстной кишкой, аппендикс, печень с желчным пузырем и правую почку; для левой половины—поджелудочную железу, селезенку, левую почку, любую часть кишечника. Кроме того нужно иметь в виду воспалительный процесс легкого, эмпием, перикардит.

Субдиафрагмального абсцесса описано 850 случаев. Распознавание основано на анамнезе, на данных физического исследования, оно особенно затруднительно, если одновременно имеется выпот в плевре (резкое смещение сердца). Субдиафрагмальные абсцессы своим возникновением обязаны, большей частью, перфорации органов, находящихся в верхнем отделении брюшной полости. Наибольший процент их следует считать в зависимости от язвы желудка и 12-перстной кишки (что имело место в нашем случае). Инфекционное начало, попадая в субдиафрагмальное пространство, может дать местно перитонит с абсцессом. Клинически за абсц. поддиафр. говорит: острое начало, повышенная температура, почти всегда рвота, дыхание частое, с частым, малым пульсом, боль соответственно подреберью, живот напряжен (острый живот). Перкуссия через несколько дней (у нашего больного на 3-й день) дает высокое стояние купола диафрагмы, оттеснения нижней гран. печени гнойным экссудатом книзу и внутрь, если речь идет о правостороннем абсцессе. Особенно характерны симптомы: трехполостной тон—при перкуссии: вверху—легочный, затем барабанный и, наконец,—тупой (наш случай). Рентген в запутанных случаях помогает установке диагноза. Пункция и нахождение гноя с каловым запахом, баллотирование печени при перкуссии также являются характерными признаками. К сожалению, все эти признаки могут оказаться нерешающими вопроса о поддиафр. абсцессе. Больные, страдающие поддиафрагмальными абсцессами—тяжелые больные, требующие немедленного хирургического вмешательства. Если не удается оперировать больного, то исход неблагоприятный. Вскрытие в брюшную полость, плевру или сердечную сумку, произвольное опорожнение через бронхи—редкое исключение. Больные умирают от сепсиса, что имело место и в нашем случае (больной отказался от хирургического вмешательства). Перехожу к описанию нашего случая.

Б-ной Романов И., 63 лет, по профессии дворник, доставлен каретой скорой помощи в ночь на 1-е февраля во 2-ую Совет. б-цу по поводу кровавой рвоты, начавшейся у него 31-го января в связи с острыми, резкими болями в животе, особенно в подлож. области. В анамнезе—язва желудка. Осмотр: живот вздут, напряжен и резко болезнен в области эпигастрия, пульс частый, малый, лицо обострившееся; дыхание поверхностное, язык сухой, обложен. Пальпировать не удается из-за напряжения брюшного пресса, словом—острый живот. Для нас стало ясным, что мы имеем дело с прободн. язвой желудка, что необходимо срочное опе-

ративное вмешательство, что и было предложено. Больной категорически отказался на том основании, что у него уже раз было так, он лежал и все прошло. Пришлось ограничиться терапевтическими мерами (холод на область живота, кап. физ. клизма, газоотводные трубки и т. д.). К утру рвота у больного стала реже и совсем прекратилась, а общее состояние оставалось тяжелым. На 3-й день выяснилось, что картина заболевания соответствует поддиафрагмальному правостороннему абсцессу. *Исследование крови:* $Eg=4$ млн; лейкоц.—12,5; нейтроф.: юных—3%, палочек—25,5%, сегмент—55,5%, лимфоц.—10,5%, моноцит.—5,5%. Ввиду слабости больного Rg —исслед. сделано только 8 го февраля. Данные (проф. Шлифер)—газ под правой половиной купола диафрагмы. Под газом дифференцируется горизонтально колеблющийся уровень жидкости. Правая половина купола диафрагмы стоит выше обычного, хорошо контурируется, очень вяло экскурсирует. Френико-костальный угол слегка затемнен, не раскрывается при респираторной подвижности легкого. Определяемый под левой половиной купола диафрагмы газовый пузырь с горизонтальным уровнем жидкости по локализации соответствует скорее всего желудочному газовому пузырю, хотя большая величина газового пузыря, доходящего до латерального края брюшной стенки,—является до известной степени подозрительной в смысле возможности и левостороннего газового пузыря. Рентгеноскопически: правосторонний поддиафрагмальный абсцесс и симпатический правосторонний плеврит. Больному вторично предложена операция ввиду колебания температуры—36,5 утром и 38°—вечером, частоты пульса, затрудненного дыхания, слабости, но больной отказывался от операции. С 9-го февраля он почувствовал себя лучше, пульс несколько выравнялся. Несмотря на назначенную диету, больной украдкой ел хлеб, котлеты и настолько окреп, что стал ходить по палате. Таково было состояние до 21-го февраля, когда утром появился резкий озноб с обильным потом в течение 15-ти минут, по прошествии которого больной почувствовал себя настолько хорошо, что даже играл с соседом в домино. 22-го февраля пульс снова стал частым, дыхание затрудненным, живот вздутым. Больному вторично произведена рентгеноскопия: справа отчетливо дифференцируется под куполом диафрагмы газ с жидкостью. Тень печени оттиснута кнутри и книзу. Плевральные синусы затемнены как справа, так и слева. Обращает на себя внимание большой газовый пузырь с горизонтальным уровнем жидкости слева под диафрагмой. Заподозрен левосторонний субдиафрагмальный абсцесс. Для большей убедительности (во избежание смещения с Magenblase дана небольшая порция контрастной массы—последняя попадает в желудок, минуя описанный газовый пузырь слева. Насколько можно судить, на основании неполноценного исследования желудка (слабость больного и подозрение на перфорацию), можно думать (ввиду значит. расширения каудального отдела, резкого перехода пилорич. части вправо, резкой перист. желудка) о возможности ulcerозной Pagarulog'ической зоны и возникшего, на почве ее—двухсторон. субдиафр. абсцесса. Больной мной демонстрирован на научной конференции врачей 2-ой Сов. 6-цы 23/II. Вскоре состояние его стало резко ухудшаться, пульс падал, сердечная слабость нарастала и больной к вечеру 23/II умер.

24/II—секция (проф. Еленевский, пат.-анат. каб. 2-й Сов. б-цы).

Брюшная полость—400 кб. сант. желтоватой жидкости, под диафрагмой справа имеется осумкованная полость, величиной с голову 3-летнего ребенка, наполненная зеленоватым гноем. Несколько меньших размеров осумкованная полость имеется под диафрагмой слева. Между обоими абсцессами щелевидное сообщение, расположенное между передней поверхностью верхней доли печени и нижней поверхностью диафрагмы. Благодаря образовавшимся спайкам—эта щелевидная полость изолировалась от абсцессов и является свободной от гноя. Желудок в области дна и пилорич. части плотно спаян с капсулой обеих вышеописанных полостей. Слизистая желудка утолщена, отечна, гиперемирована, покрыта слизью. Местами на слизистой имеются кровоизлияния. В области *Valvula Pylori* по верхней стенке, прилегающей к правой, наполненной гноем полости имеется круглая язва, с ровными, закругленными краями, величиной в 0,5 см. в диаметре. Слизистая отечна в области *duodenum* резко инфильтрирована. Сероза кишечных петель во многих местах спаяна с соседними петлями, рыхлыми соединительно-тканными спайками. Печень увеличена. Серозный покров передне-верхней поверхности правой и левой доли, которые принимали участие в образовании капсулы обеих гнойных полостей—утолщен, покрыт фиброзно-гнойными отложениями. Селезенка замурована в стенку левой гнойной полости, сплюснута, почки несколько увеличены. В левой почке имеется киста величиной с лесной орех.

Заключение. Клинический диагноз: Поддиафрагмальный 2-хсторонний абсцесс.

Основное заболевание: Круглая язва желудка.

Причина смерти—Sepsis.

Этиологическим моментом заболевания у нашего больного следует считать язву желудка, на что имелись указания в анамнезе и в протоколе секции. Правосторон. субдиафрагм. абсцесс—следствие перфорации; левосторон. является самостоятельным образованием, что подтверждают данные секции (щелевидное отверстие между абсцессами). Диагноз правостороннего субдиафрагмального абсцесса был нами поставлен до рентгеноскопич. исследования на основании данных перкуссии и специфических для данного заболевания симптомов. Большую услугу в данном случае оказал нам рентген (проф. Шлифер) подтверждением нашего диагноза (правый субдиафрагмальный абсцесс) и обнаружением левостороннего субдиафрагмального абсцесса с указанием на его этиологию.