

Из практики.

Из поликлинической практики.

Проф. М. И. Мастбаум (Казань).

Проф. Л., 62 лет, заболел в начале июля 1935 года.

Внезапно, ночью, появились боли в левой половине живота, высокая температура и небольшой кашель. Приступ болей был настолько жестоким, что лишал возможности больного сделать малейшее движение. Л. лежал на спине, и любая попытка переменить положение сопровождалась резким усилением болей в животе и в левой поясничной области. Температура у больного была $38,4^{\circ}$. При пальпации вздутого живота определялась болезненность по ходу нисходящей кишки, а при поколачивании левой поясничной области—резкая боль. С большим трудом удалось исследовать легкие: укорочение перкуторного звука в левой подлопаточной области, там же легкий шум трения плевры и небольшое количество мелких влажных хрипов при ослабленном дыхании. Сердце—следы возрастных изменений—короткий систолический шум и акцент на аорте.

При дополнительном анамнезе выяснилось, что в прошлом были аналогичные приступы, вот уже в течение многих лет врачи определяют у больного следы сухого плеврита, а иногда даже катаральную пневмонию. Лечащие врачи склонны были считать, что болевые ощущения в животе находятся в прямой зависимости от поражения левого легкого и плевры. Все же всегда оставалось неясным—острое начало болей в животе, всегда одна и та же локализация болей в левой поясничной области. Никогда легочные явления не выдвигались на передний план и ни разу не было одышки, сильного кашля с выделением обильной мокроты. Обычно все симптомы этого своеобразного заболевания проходили в несколько дней.

Едва ли явления со стороны полости живота можно объяснить рецидивирующим сухим плевритом и теми небольшими катаральными явлениями в нижней доле левого легкого, которые наблюдались врачами во время приступа.

Не следует ли все эти явления рассматривать как реакцию на процесс в брюшной полости? Не имеем ли мы в нижней доле левого легкого рецидивирующую рефлекторную гиперемия? Внезапное появление болей в животе, вздутие кишечника, запор, болезненность при пальпации левой половины живота, симптом Пастернацкого—все это указывает на левую поясничную область как источник страдания. Заболевание сопровождается, с одной стороны, рефлекторным метеоризмом кишечника, с другой стороны—рефлекторной гиперемией нижней доли левого легкого.

У больного уже много лет подагра, и присутствие камней в левой почке при длительности страдания и внезапности появления и окончания приступа весьма вероятно. Такое предположение не вызывало бы сомнений, если бы приступ болей сопровождался явлениями

дизурии или изменениями со стороны мочи. Дизурические симптомы больной категорически отрицает. Исследование мочи не обнаруживает никаких отклонений от нормы.

Через 4 дня температура у больного стала нормальной, все симптомы исчезли, Л. выздоровел. От урологического исследования больной отказался, считая для своего возраста инструментальный метод неприемлемым. Таким образом, наш предположительный диагноз „камни в левой почке“ оставался в виде гипотезы, нуждающейся в дополнительных доказательствах.

Эти доказательства не заставили себя долго ждать. Через две недели больной, ночью, во время мочеиспускания заметил, правильное услышал, как „что-то твердое упало на дно судна“: 2 маленьких камешка, один величиной с просяное зерно, другой с небольшую горошину были, первыми конкрементами его коллекции.

В течение года безболезненное выделение камней повторилось, и больной, убедившись окончательно в правильности диагноза, решил провести курс лечения на Кавказе.

Из факультетской хирургической клиники Пермского государственного института (врид директора доц. Вечтомов).

Случай кисты поджелудочной железы.

И. А. Иванов.

Кисты поджелудочной железы принадлежат к числу сравнительно редких хирургических заболеваний. В 1862 году Le Dentu впервые оперировал и описал один случай кисты поджелудочной железы. С тех пор (Körte, Bassel—Hagen, Гебелль, Валяшко, Парин и др.) собрано свыше 300 случаев кист поджелудочных желез. За последние годы имеются сообщения об отдельных случаях кисты поджелудочной железы (Лидеман, Смирнов, Ворожев и др.). По литературным данным удалось уже довольно полно изучить некоторые стороны данного заболевания, однако многое остается спорным и неясным. Поэтому, каждый новый случай наблюдения представляет безусловно научный интерес.

Нами наблюдался в фак. хирург. клинике следующий больной. Мальчик М-ков, 5 лет, поступил в клинику 26 ноября 1933 г. с жалобами на схваткообразные боли в животе и наличие опухоли в левой верхней половине живота. По рассказу матери, ребенок родился вполне доношенным и развивался до 4-месячного возраста вполне нормально. С 5-го месяца своей жизни он стал беспокойным, часто плакал и мало прибывал в весе — был „хилым“. 1½ года тому назад появились боли ноющего характера в области желудка и пупка, не зависевшие от приема пищи, начинающиеся как натощак, так и после еды. Боли носили периодический характер с продолжительными светлыми промежутками от недели до 1 месяца. Однажды при дефекации вышла одна круглая глиста. С февраля 1933 г., т. е. 10 месяцев тому назад, боли в животе, главным образом около пупка, стали наступать схваткообразно, более часто, с продолжительностью в 2—3 дня, сопровождаясь повышением температуры до 38° и многократной рвотой зеленью. Отправления кишечника нормальны. В апреле и мае приступообразные боли в животе стали