

голоданием. Перм. мед. журнал, № 3--5, 1923.—5. Пономарев, Лечение номы блокадой. Нервная трофика в теории и практике медицины. Сб. II, 1936.—6. Раскина, К вопросу о лечении номы по литературным данным и по данным б/Ольгинской больницы за 35 лет. Клин. медиц., т. IV, № 12, 1926.—7. Тизенгаузен, Эпидемия номы лица и половых органов в Одессе 1922—1923 гг. по данным прозектуры I Сов. нар. б-цы. Сборн. Одесск. окр. б-цы, 1927.—8. Федорович, К этиологии и лечению номы.

Поступила 7/VI 1937.

Из Астраханской поликлиники Р.-У. ж. д. (консультант проф. Ф. М. Топорков).

Hernia diaphragmatica.

И. М. Кузнецов.

Описания случаев диафрагмальной грыжи, как равно и других заболеваний диафрагмы, встречаются в литературе сравнительно редко. Поэтому мы хотим поделиться нашим наблюдением, которое лишний раз указывает, что при дифференциальной диагностике болезней органов грудной и брюшной полости необходимо помнить о таких редких заболеваниях, как грыжа диафрагмы.

В поликлинику РУжд обратился б-ной К-ров, 46 лет, с жалобами на частые боли в левой половине груди, особенно после приемов пищи, на одышку, кашель. Больным себя считает с 1932 г., когда у него констатировали туберкулез легких и левосторонний экссудативный плеврит (рентгеноскопия 3/III 1932г.); с того момента в течение нескольких лет больной лечился. До последнего времени у него предполагался экссудативный плеврит, и в одной из больниц делали пункцию плевры. Периодические боли в левой половине грудной клетки, особенно после еды, одышка, кашель продолжались, по поводу чего больной и обратился к нам в июне 1936 года. В детстве перенес корь, в 1904 г. возвратный тиф, в 1923 г. болел малярией, в 1934 г. перенес крупозное воспаление легкого. Венерические болезни отрицает. Работал все время грузчиком, с 1932 г. перешел на более легкую работу десятника. Родители б-го были людьми здоровыми и умерли в глубокой старости.

St. praesens. Больной выше среднего роста, правильного телосложения, пониженного питания. Кожные покровы и слизистые бледноваты. Прощупываются подчелюстные, шейные и паховые железы. Язык влажный, грудная клетка правильной формы, надчревный угол меньше прямого.

Легкие: на обеих верхушках над и под ключицами спереди и над лопатками сзади укорочение перкуторного звука. В левом легком по I. scapul. с нижней трети лопатки и по I. axill. med. с 5-го ребра звук меняется, то тупой, то тимпанит. При выслушивании на обеих верхушках жесткое дыхание, в области лев. подключичной области и над лопаткой единичные, крепитирующие хрипы. В левом легком на месте тупости дыхательный шум не выслушивается; временно слышится кишечное урчание; голосовое дрожание не проводится.

Сердце: относит. тупость—левая гр. на $\frac{1}{2}$ см кнутри от I. mamill. sin., правая на 2 см правее I. sternal. dextr., верхняя на 3-м ребре. Тоны сердца глухие, чистые, сердечный толчок в 4-м межреберье. Пульс удовлетворительного наполнения и напряжения.

При наличии подобных изменений со стороны левого легкого в первый момент возникло предположение об экссудативном плеврите, об опухоли в легком, о левостороннем пневмотораксе. Однако при подробном анализе, анамнестические данные и данные, полученные при перкуссии и аускультации левого легкого, не подтверждали наличия экссудата в левой плевре, а также опухоли

в левом легком. За левосторонний пневмоторакс тоже не было достаточных данных, напр., не было расширенных межреберных промежутков, не было барабанного перкуторного звука, выпячивания левой половины грудной клетки, хотя объективные данные на верхних отделах легких и говорили за их туберкулезное поражение.

Наличие в левой половине грудной клетки изменчивости перкуторного звука (то тупой, то тимпанический звук), выслушивание на этом месте кишечных урчаний, а также данные анамнеза заставили нас заподозрить у больного изменения со стороны диафрагмы.

Hernia diaphragmatica et Relaxatio diaphragmae, которые были возможны в нашем случае, часто сопровождаются одинаковыми симптомами и для их дифференцирования рентгеновское исследование является решающим. Рентгеновское исследование легких (повторное) у нашего больного дало следующее: *Hernia diaphragmatica sinistra*, плевро-диафрагмальные спайки слева (рентгенолог Л. П. Тулузаков).

В литературе известны случаи полного отсутствия диафрагмы, случаи дефектов в мышечной и сухожильной части диафрагмы.

По своему происхождению диафрагмальные грыжи разделяются на приобретенные, которые проникают через имеющиеся в диафрагме отверстия (щель Богдалека, Морганьево отверстие и др.), врожденные, обязанные своим происхождением остановке в развитии диафрагмы, и травматические, получившиеся в результате разрыва или ранения диафрагмы.

Если грыжевое содержимое покрыто мешком, состоящим из брюшины или из брюшины и плеврального покрова диафрагмы, то такие грыжи называются истинными; грыжи, не имеющие грыжевого мешка, называются ложными. Ложных грыж диафрагмы описано в литературе гораздо больше, чем истинных.

Приобретенные диафрагмальные грыжи почти всегда встречаются слева, врожденные описываются тоже чаще слева, чем справа. Приобретенные диафрагмальные грыжи бывают чаще у мужчин, а врожденные встречаются одинаково, как у мальчиков, так и у девочек.

Ланенштейн отмечает, что диафрагмальные грыжи у детей встречаются сравнительно редко, и в большинстве они бывают врожденные: диагноз их чрезвычайно труден. Если диафрагмальные грыжи будут чаще привлекаться врачами в круг дифференциальной диагностики, то они (грыжи) не будут такими редкими. Мур и Кирклин считают, что диафрагмальные грыжи бывают гораздо чаще, чем о них думают, а эзофагиальные грыжи представляют довольно обычное явление. Гаррингтон отмечает, что в клинике братьев Мейо в период с 1900 по 1933 г. прошло 177 случаев диафрагмальных грыж. Из 60 оперированных случаев грыжи находились в отверстиях пищевода—43 раза, в *hiatus pleuro-peritonealis*—1 раз, *foramen Morgagni*—1 раз, в задней половине диафрагмы—15 раз. По своему происхождению эти грыжи распределяются так: в отверстиях пищевода все грыжи были врожденные, в *hiatus pleuro-peritonealis* и *foramen Morgagni*—тоже врожденные. В задней половине диафрагмы травматические (из них 5 в результате прямой травмы и 10—непрямой). В первой группе грыж содержались: желудок 40 раз, желудок вместе с толстой кишкой—3 раза. Во второй группе—толстые и тонкие кишки, в третьей группе—сальник. При разрыве задней ча-

сти диафрагмы в грыже желудок содержался 3 раза, желудок и толстая кишка 4 раза, желудок, толстая и тонкая кишки—2 раза, желудок, толстая кишка и селезенка—2 раза, желудок, толстая, тонкая кишки и селезенка—4 раза.

Клиническая картина диафрагмальной грыжи мало характерна и не имеет типических патогномических признаков. Диафрагмальные грыжи могут протекать или по типу кардиального, или по типу гастрó-энтерального, смотря по тому, превалируют ли сердечные жалобы или явления со стороны желудочно-кишечного тракта. С другой стороны, диафрагмальные грыжи могут не проявляться никакими клиническими симптомами. В литературе известны случаи, когда больные с диафрагмальной грыжей, прежде чем получить этот диагноз, были в различных клиниках, лечились у авторитетных врачей и проходили под самыми разнообразными диагнозами. Однако наличие гнездных притуплений, чередующихся с участками тимпанита, и исключение экссудата или опухоли должны наводить на подозрение о грыже. Решающим в диагностике диафрагмальной грыжи является рентгеновское исследование.

Вагнер на 3000 рентгеновских исследований желудка 11 раз наблюдал грыжу эзофагиального отверстия, при этом были выражены диспептические и сердечные симптомы. Гаррингтон отмечает, что диафрагмальная грыжа часто симулирует разные болезни органов живота и груди, напр. холецистит, пептическую язву, сердечные болезни, вторичную анемию и сужение пищевода.

При *hernia diaphragmatica* часто наблюдается смещение сердца вправо, что может вести к неправильному диагнозу—декстрокардии.

Лечение диафрагмальной грыжи может быть только хирургическим, особенно когда наступают признаки ущемления, как резкие боли, рвота. Лейк описал операцию по поводу параэзофагической грыжи с хорошим результатом при 4-летнем наблюдении.

В нашем случае рентгенолог отмечает „кишечник, заполненный газом, проникает через грыжевое отверстие в диафрагме в грудную полость“, так что, очевидно, грыжа будет истинной, т. е. состоящей из выпячивания брюшины через диафрагмальную мышцу в грудную полость. Надо полагать, что она будет и приобретенной. Больной до 1932 г. считал себя совершенно здоровым и не замечал никаких болезненных проявлений. С 1932 г., когда у б-ного обнаружился туберкулез легких и когда он перенес экссудативный плеврит, у него стали выявляться выше отмеченные жалобы.

Под влиянием плевральных сращений диафрагма может претерпевать глубокие и резкие изменения. Диафрагма может быть сращенной с легким то на всем протяжении, то в одном, то в нескольких местах. Полагаем, что причиной образования диафрагмальной грыжи в нашем случае послужили плевро-диафрагмальные спайки, образовавшиеся после экссудативного плеврита.

Очевидно, эти сращения произвели такие резкие изменения

формы диафрагмы, что нарушилась целостность мышечной части диафрагмы, и это послужило толчком к развитию истинной диафрагмальной грыжи.

При *hernia diaphragmatica*, так же точно и при *relaxatio diaphragmatica* от кишечных петель, желудка в грыжевом мешке или во впячивании диафрагмы в нижней части грудной клетки получается притупление; производить диагностическую пункцию в таких случаях небезопасно: можно проколоть кишечник. Имея это в виду, надо всегда при диагностике болезней легких, в частности экссудативного плеврита, помнить и такую редкую патологию диафрагмы, как *hernia diaphragmatica* и *relaxatio diaphragmatica*.

Поступила 25/IV 1937.

Из терапевтического отделения (завед. д-р М. И. Прянишников)
Родниковской районной больницы.

Случай самопроизвольного отхождения крупного желчного камня.

М. И. Прянишников.

Несмотря на огромное количество работ и большие достижения в теории и практике изучения заболеваний желчных путей, считаю не лишним сообщить случай желчной колики, закончившейся самопроизвольным отхождением крупного камня.

Известно, что величина желчных камней колеблется от объема песчинки до куриного яйца. Блекберн описал камень, весивший 48 г., Фрерих определил в одном случае вес желчного камня в 120 г., Риттер—даже в 135 г. Обычно считают, что желчные камни могут пройти через нормальные выводные желчные протоки тогда, когда диаметр камней не превышает 1 см. Большие желчные камни попадают в кишечный тракт чаще ненормальным путем, через разрыв желчных путей, или вследствие того, что ущемившийся камень ведет к воспалительным и язвенным процессам, при которых желчные пути или желчный пузырь спаиваются с соседними органами, и выделяют содержащиеся в них камни.

Перехожу к описанию нашего случая.

Б-й К., 40 лет (история болезни № 764), поступил в терапевтическое отделение Родниковской больницы 13/VII 1937 г. с жалобами на невыносимую боль в правом подреберьи, рвоту с желчью и повышенную температуру. Болезнь началась в виде острого припадка болей около 3 дней назад.

Возвращаясь из командировки, больной в Москве выпил бутылку сидра, по дороге домой в вагоне почувствовал боль в правом подреберьи, постепенно усиливающуюся. На 3-й день заболевания боли так усилились, что вынужден был обратиться в амбулаторию, откуда и был направлен к нам в отделение с диагнозом острый холецистит. В анамнезе типичные желчнокаменные колики.

В ноябре 1933 г. впервые почувствовал внезапную боль в правом подреберьи, рвота желчью; ночью был доставлен в терапевтическое отделение Родниковской больницы, где пролежал 1 месяц с диагнозом острый холецистит; был выписан