

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 выпи-сан

здоровым. До мая 1936 г. не лечился и не испытывал никаких болей. В мае 1936 г. опять внезапно приступ болей в правом подреберьи и неоднократная рвота желчью. Так как в это время был в командировке в г. Иваново, скорая помощь доставила его в клинику. На 10-й день пребывания в терапевтической клинике отошел желчный камень, величиною с вишню. В августе 1936 г. лечился на курорте Эссентуки. Инфекционных заболеваний не было. Венерические болезни отрицает. Женат. Курит до 20 папирос в день, выпивает умеренно. Питание нерегулярное.

Объективно: вид страдальческий. Больной выше среднего роста, правильного сложения, питание пониженное, вес 56,5 кг. Пульс 82 в минуту, удовлетворительного наполнения, ритмичный. T° 38. Кожные покровы бледноваты, склеры субиктеричны. Лимфатические железы не прощупываются. При обследовании органов груди: границы сердца в пределах нормы; тоны чистые.

Легкие: при аускультации ослаблено дыхание в нижних частях правого легкого. Живот правильной конфигурации. Резкое защитное напряжение правой прямой мышцы. Пальпаторно резкая болезненность в области желчного пузыря. Из-за болей прощупать печень и желчный пузырь не удастся. Симптомы Ортнера, Мюсси, Сквирского. Селезенка не прощупывается. Стул задержан. Мочеиспускание нормально.



Рис. 1.



Рис. 2.

Лабораторные записи. Кал: реакция на кровь отрицательная. Моча—норма. Кровь: количество лейкоцитов 11200. Лейкоцитарная формула по Шиллингу: сегм.—60%, палочк. 6%, юн. 2%, эоз.—1%, лимф. 27%, мон. 4%.

Диагноз: желчная колика. Каменный холецистит.

Лечение: подкожно атропин, морфий; грелка, карлсбадская соль, промывание двенадцатиперстной кишки раствором сернокислой магнезии через день.

15/VII 1937 г. дуоденальное зондирование. После введения зонда через 5 минут пошла желчь желтого цвета, мутная, с большим количеством хлопьев. Введено 30 см³ 30% сернокислой магнезии. Через 25 минут пошла желчь темнее предыдущей, также мутная, с большим количеством хлопьев.

Микроскопия желчи: поле зрения забито лейкоцитами.

16/VII 1937 г. T° 37,8. Боли не прекращаются (за исключением времени действия морфия). Со стороны живота картина прежняя. Стул после клизмы.

17/VII дуоденальное зондирование. Рефлекса желчного пузыря не получено. Картина та же, что и 16/VII 1937 г. Г^о 38,0.

18/VII температура—норма. Пульс 80. Боли продолжают.

С 20/VII ежедневно инъекции атропина 1:1000 2 раза в день по 1 см³.

24/VII самостоятельный стул, с которым отошел желчный камень, величиною с грецкий орех, немного напоминающий тутовую ягоду, полый, с небольшим отверстием неправильно круглой формы (рис. 1—вид со стороны отверстия; рис. 2—вид со стороны неповрежден. стенки).

Вес камня 5,5 г. Наибольший диаметр 26 мм, наименьший 16 мм.

26/VII температура—норма. Самочувствие хорошее. Боли нет. Живот мягкий, при пальпации болезненность в области желчного пузыря. Печень не прощупывается.

27/VII кожа нормальной окраски, как и при поступлении, склеры слегка желтушны. Живот мягкий, при пальпации небольшая болезненность в области желчного пузыря. Стул самостоятельный.

Состояние больного хорошее, сон хороший, аппетит тоже.

Наш случай представляет интерес в том отношении, что диаметр благополучно отошедшего желчного камня значительно превышает 1 см. Кроме того, интересно и то, что колика длилась много дней, величина камня значительная, а желтуха отсутствовала. Впрочем в литературе описаны случаи, когда закупорка протоков, подтвержденная на операционном столе, протекала без желтухи. Так, у Лайе желтуха отсутствовала при камнях в глубоких желчных протоках в 39%, у Шеррен в 31%, у Керра в 20%, у Финкельштейна в 16%. По данным проф. Часовникова при закупорке камнями главных желчных протоков желтуха совершенно отсутствовала в 7,2% случаев, была слабо выражена в 26,2%, была резко выражена в 66,5% случаев.

Наше наблюдение показывает, что самопроизвольное отхождение желчных камней через нормальные выводные протоки, без разрыва желчных путей и ложных отверстий, возможно при величине камня в диаметре и более 1 см. Мы полагаем, что введение атропина 2 раза в день в течение нескольких дней безусловно сыграло большую роль в устранении спастического состояния.

Поступила 2/VIII 1937.

По поводу статьи „Простейший способ определения положения головки плода в полости таза“ В. И. Давыдова¹⁾.

Доц. О. Л. Каплан.

В указанной статье автор предлагает новый будто бы способ внутреннего исследования роженицы, при котором для определения положения головки пользуются не швами и родничками, а ухом.

Для акушеров этот способ ничего нового не представляет; он всегда являлся и является лишь вспомогательным, дополнительным в тех сравнительно редких случаях, где обычное двухпальцевое исследование не дает определенных результатов

¹⁾ „Казанский мед. жур.“ № 5 за 1937 г.