

4. При карбункулах, где отхождение центрального некротического очага задерживается, температура держится на высоких цифрах, а картина крови неблагоприятна, больные подлежат оперативному лечению. Мы отдаем предпочтение крестообразному разрезу с иссечением или выскабливанием некротических очагов. После разреза, при наличии жидкого гноя, в первые дни вводятся тампоны с гипертоническим соевым раствором; при наличии некротических участков или чистой ране предпочтительнее мазь Вишневского, как быстрее ведущая к развитию грануляций.

5. Во всех случаях дается стрептоцид, причем в септических случаях предпочтительнее вводить его внутривенно $\frac{1}{4}\%$ — 20 к. см. или подкожно 0,8% — по 400 к. см. 1—2 раза в день.

г. Казань, Лаврентьевская ул., дом 60, кв. 3.

Наблюдения из практики и краткие сообщения

Военврач III ранга П. Д. ЯЛЬЦЕВ

К рентгенодиагностике диафрагмальных грыж

Из Владивостокского военно-морского госпиталя (Начальник военврач I ранга Д. С. Буринголец)

Распознавание диафрагмальных грыж представляет большие трудности для клинициста из-за многообразия болезненных явлений и отсутствия четких клинических симптомов.

Мы наблюдали два случая травматических грыж диафрагмы, дифференциальная диагностика которых представляла ряд сложностей. Кроме того, в обоих случаях прижизненный диагноз был подтвержден оперативно, а затем на секции.

1. Б-ной Р-ов, 28 лет, шофер, был доставлен на самолете во Владивостокскую клиническую больницу 21/VI 1939 года с диагнозом язвы желудка. Жаловался на сильные боли в подложечной области, частую рвоту с примесью крови, наступающую тотчас же после приема пищи, вздутие живота, затруднение дыхания и резкую общую слабость. Заболевание началось в декабре 1938 года, когда больной при аварии автомашины упал и получил перелом нижних ребер слева (каких и сколько, точно не знает). Пролежал в районной больнице до марта 1939 г., выписался с улучшением. Остались боли в подложечной области непостоянного характера и тошнота, усиливающиеся после приема пищи, редко рвота. 11/IV 1939 г., после погрешности в диете (выпил немного водки) сразу появились резкие боли в подложечной области, рвота с кровью, вздутие живота и затруднение дыхания. Эти явления не прекращались до момента поступления в больницу. Одышка и общая слабость прогрессировали.

Объективно: больной в тяжелом состоянии. Частые тошнота, отрыжка и рвота с примесью кровавых сгустков. Пульс 88 уд. в мин. Язык обложен, влажный. Грудная клетка деформирована: нижние ребра левой половины грудной клетки сращены под углом (место бывшего перелома). Границы сердца в пределах нормы, тоны чистые. В легких много сухих хрипов. Живот несколько вздут в верхней части, нижняя часть живота мягкая. Печень и селезенка не увеличены. Мочится редко и небольшими порциями.

Рентгенологическое исследование (25/VI 39 г.). Легкие — на уровне III—V ребер слева, в переднем положении больного определяется газовый пузырь шириною с половину грудной клетки, с таким же широким горизонтальным уровнем жидкости под ним, колеблющимся синхронно с пульсацией сердца. При наклонении больного налево, медиальный конец уровня жидкости достигает уровня первого поясничного позвонка, а при наклонении направо латеральный его конец опускается еще ниже.

Купол газового пузыря не смещается при дыхании. Над ним легочная паренхима гомогенно затемнена, особенно в медиальной зоне, до верхнего края второго левого ребра. Гиперемия и компенсаторная эмфизема правого легкого. В профильной проекции нижняя половина грудной клетки слева занята большой полостью с жидкостью и газовым пузырем над ней, ограниченным правильной дугообразной линией, идущей от средостения к грудице, не смещающейся при дыхании. Сердце значительно смещено вправо, размеры его в пределах нормы, пульсация учащена, невысокой амплитуды.

Пищевод—свободно проходим. Контрастная масса совершенно не задерживается в кардиальной его части, проходя непрерывной струей. Желудок: первые порции контрастной массы останавливаются тотчас же по выходе из пищевода в широком кармане, имеющем форму чаши, расположенном влево от дистального конца пищевода. Пальпировать этот карман не представляется возможным, т. к. он прикрывается левой реберной дугой. При приеме больным последующих порций контрастной массы, заполнение желудка происходит снизу вверх; опорожнение не наступает. В горизонтальном положении больного контрастная масса заполняет выше описанный газовый пузырь и при этом совершенно отчетливо виден рельеф слизистой желудка.

При повторной рентгеноскопии, произведенной через два часа, желудок не опорожнился, форма прежняя. Через 24 часа после приема контрастной массы положение и форма желудка попрежнему не изменились. От нижне-медиального его конца отходит деформированная, суженная дорожка контрастной массы с керкринговскими складками, направляющаяся вертикально вниз и переходящая в петли тонкой кишки, расположенные нормально. Антральная часть желудка, пилорус и луковица 12-перстной кишки не формируются. Больше двух третей контрастной массы находится в желудке. При исследовании толстого кишечника путем контрастной клизмы определяется свободное заполнение дистальной части толстой кишки до места перехода поперечно-ободочной кишки в селезеночную кривизну. Последняя расположена высоко и достигает уровня III ребра слева. Col. transversum et ascendens контрастной массой не заполняются. После неполного освобождения толстой кишки от контрастной массы видны гаустры, рельеф слизистой селезеночной кривизны и тень селезенки. На основании рентгенологических данных было сделано заключение о наличии разрыва левого купола диафрагмы с перемещением желудка, селезеночной кривизны и селезенки в грудную полость. Ателектаз левого легкого.

1/VII-39 г. больной был оперирован (д-р Абрамович). Под местной анестезией сделан разрез по средней линии живота от мечевидного отростка до пупка. При вскрытии брюшной полости оказалось, что весь желудок до привратника, селезеночная кривизна и селезенка находятся не в брюшной, а в грудной полости. Большие сращения верхней части желудка не позволяют вывести его из грудной полости. Сделан разрез вдоль левой реберной дуги, но улучшения доступа не получилось. Больному дан общий эфирный наркоз и сделана резекция VI и VII ребер по мамиллярной линии. Полость плевры вскрыта, где обнаружены желудок, селезеночная кривизна и селезенка. Желудок отделен от окружающих спаек и опущен в брюшную полость. Селезеночная кривизна и селезенка также выведены в брюшную полость. В этот момент у больного наступила остановка дыхания. Несмотря на все принятые меры, вывести его из этого состояния не удалось, и он умер на операционном столе. При патолого-анатомическом вскрытии обнаружен разрыв левого купола диафрагмы, резекция VI и VII ребер слева, фиброзные сращения левого легкого с пристеночной плеврой, ателектаз левого легкого, эмфизема правого легкого и бариевая масса в трахее, гортани и бронхах.

2. Б-ной Ан-ин, Н. А., 23 лет, краснофлотец, поступил в хирургическое отделение Владивостокского военно-морского госпиталя 20/VII 39 года, с предположительным диагнозом почечной колики. Жалуется на боли в животе выше пупка, больше слева и резкие боли в левом боку, наступающие приступами без видимой причины и продолжающиеся один—два дня. Считает себя больным с 19/IV 39 г., когда он спрыгнул с грузовой автомашины на повороте, споткнулся, упал, ударился головой и левым боком о мостовую, потерял сознание на один час. С 20/IV по 29/IV 39 года находился на стационарном лечении в хирургическом отделении указанного госпиталя, откуда выписан с диагнозом *comotio cerebri*, в удовлетворительном состоянии (рентгеноскопии грудной клетки в это время не подвергался).

Объективно: телосложение правильное, питание несколько пониженное. Кожные покровы и видимые слизистые бледноватые. Лимфатические железы не увеличены. Костно-мышечная система не изменена. Пульс 92 уд. в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Границы сердца не увеличены, тоны приглушены. В легких укорочение перкуторного звука под левой лопаткой и в левой подмышечной области, там же ослаблены голосовое дрожание и дыхание. Катаральных явлений в легких не выслушивается. Диагностируется левосторонний плеврит, и больной из хирургического отделения переводится в терапевтическое.

23/VII-39 года при рентгеноскопии грудной клетки у больного констатируется жидкость с горизонтальным колеблющимся уровнем в нижнем поле слева и газовый пузырь над ней. 25/VII-39 г. больной направлен ко мне на рентгеновское исследование, в порядке консультации, с подозрением на диафрагмальную грыжу (военврач III ранга Пучков). При рентгеноскопии грудной клетки в переднем положении больного определяется широкий воздушный пузырь в проекции между III и V ребрами слева, с горизонтальным свободно колеблющимся уровнем жидкости под ним. Купол воздушного пузыря не смещается при дыхании. Над ним легочная паренхима в медиальной и средней зонах гомогенно затемнена до уровня верхнего края II ребра. Контуры левого купола диафрагмы не видны. Гиперемия и эмфизема правого легкого. В профильной проекции левое нижнее поле интенсивно затемнено и ограничено сверху горизонтальным контуром, который колеблется синхронно с пульсацией сердца. Над затемнением тот же газовый пузырь, который описан в передней проекции. Сердце смещено вправо. Границы его не расширены, пульсация учащена, малой амплитуды.

Пищевод свободно проходим. В кардиальной части жидкая и плотная контрастная масса не задерживаются и быстро поступают в желудок непрерывной струей. Желудок — контрастная масса из пищевода поступает в овально-вытянутой формы мешок, расположенный в левом подреберьи. Над ней широкий и высокий гиперсекреторный слой и газовый пузырь, описанные при рентгеноскопии грудной клетки. Перистальтики не видно. Антрум, пилорус и луковица 12-перстной кишки не формируются. Опорожнение происходит очень медленно, небольшими порциями по суженному каналу с керкринговскими складками.

При исследовании больного в горизонтальном положении газовый пузырь в значительной части заполняется контрастной массой; здесь хорошо видны складки слизистой. Петли тонкой кишки расположены нормально. При исследовании толстой кишки контрастной клизмой — селезеночная кривизна также расположена в грудной клетке и достигает уровня III левого ребра. На фоне газового пузыря в верхне-латеральной части видна тень селезенки. На основании рентгенологических данных было сделано заключение о наличии разрыва левого купола диафрагмы и перемещении желудка, селезеночной кривизны и селезенки в грудную полость с ателектазом левого легкого.

1/VIII-39 года была произведена операция под общим эфирным наркозом (военврач III ранга Суворов). Сделан разрез параллельно левой реберной дуге. При вскрытии обнаружено большое отверстие в левом куполе диафрагмы, через которое весь желудок, селезеночная кривизна, сальник и селезенка переместились в левую половину грудной клетки. Все они без особого труда были выведены в брюшную полость. После этого в диафрагме получился большой дефект, достигающий сзади — ребер, медиально — позвоночника и спереди — края пристеночной диафрагмы. Во время операции выявился пристеночный, осумкованный, гнойный плеврит, по поводу которого сделана резекция VIII левого ребра и плевротомия. В полость плевры и брюшную полость вставлены тампоны. Брюшная рана зашита послойно. После операции у больного развилась картина тяжелого шока, из которого, несмотря на все принятые меры, вывести его не удалось. На второй день после операции больной скончался при явлениях сердечной слабости.

При патолого-анатомическом вскрытии обнаружены: левосторонний гнойный плеврит, общий гнойный перитонит, дефект в левом куполе диафрагмы, резекция VIII ребра слева, миокардит, застойная селезенка и застойные почки.

Таким образом, в том и другом случаях, были левосторонние, диафрагмальные, травматические, ложные грыжи. В грудную полость мигрировали желудок, селезеночная кривизна, селезенка и в одном случае — часть сальника.

Владивосток, Военно-Морской Госпиталь.