

ИЗ ПРАКТИКИ.

Из Факультетской хирургической клиники Казанского государственного университета (Директор проф. А. В. Вишневский).

Почечные или печеночные камни?

М. К. Садыковой.

Затруднения при дифференциальном диагнозе между заболеваниями правой почки и желчного пузыря общеизвестны. Известно также, что в этих затруднениях помогает рентгенография с характером положительных данных со стороны правой почки. Однако, бывают случаи, когда положительная рентгенограмма не в состоянии окончательно разрешить поставленного вопроса и оценка ее требует особой осторожности и внимания, ибо при неправильном толковании рентгенографии в таких случаях больной может подвергнуться и ненужной операции. Описываемый случай характеризует эти затруднения.

Больная Ю. М., 52 л., поступила в факультетскую хирургическую клинику с жалобами на боли в подложечной области, колющие боли в правом подреберье и постоянные запоры. Боли в правом подреберье уменьшаются при движениях и ходьбе. Считает себя больной с осени этого года. В сентябре месяце почувствовала общую слабость и через месяц без боли и повышения температуры появилась желтуха, державшаяся около месяца и затем постепенно исчезающая. Вслед за этим появились режущие боли в подложечной области и правом подреберье. Б-ная поступила в одну из терапевтических клиник, где при постановке диагноза возникли колебания, относить ли данное заболевание к правой почке или к желчному пузырю, колебания в особенности усилились после получения рентгенограммы. После месячного пребывания в Клинике боли значительно стихли.

Больная страдает частыми геморроидальными кровотечениями, головными болями, одышкой. Перенесла сыпной и брюшной тифы, ревматизм. Замужем, имеет 3-х здоровых детей.

Объективно: больная среднего роста, правильного телосложения, анемична, со слабо развитым подкожным жиром. Легкие нормальны, границы сердца расширены. Стенки живота упруги, округлого очертания. В правом подреберье прощупывается едва заметная опухоль круглой формы. Исследование желудочного сока дает пониженную кислотность как натощак, так и после пробного завтрака. Рентгенограмма указывает на присутствие трех камней справа под 12 ребром, лежащих отдельно друг от друга наподобие четок.

Данная рентгенограмма, несмотря на сбивчивую клиническую картину (желтуха у больной появилась без болей), была нами истолкована, как рентгенограмма снятых печеночных камней, а не почечных. Печеночные камни, как известно, выходят на рентгене только в исключительных случаях их преимущественно известкового строения. Это и было предположено в данном случае на основании отдельного четкообразного расположения камней и их отношения к позвоночнику.

17/V операция (проф. А. В. Вишневский). Интраабдоминальная анестезия по способу ползучего инфильтрата. При вскрытии живота косым разрезом под ребрами справа обнаружено: желудок и двенадцатиперстная кишка — нормальны, большие сращения в области желчного пузыря, распространяющиеся отсюда в илео-цекальную область. Червеобразный отросток сплошь укрыт сращениями, по разделении которых он удален. При ощупывании желчного пузыря в нем обнаружено три камня. Cholecystectomy. Рана зашита наглухо.

Послеоперационное течение без осложнений. Последующий контроль рентгеном правого подреберья и поясничной области камней нигде не обнаружил.

Из Детской клиники Госуд. института для усовершенствования врачей им. В. И. Ленина. (Директор проф. Е. М. Лепский).

Смертельное легочное кровотечение у 8-летнего ребенка.

Н. Х. Хасанкаев.

Кровохарканье и легочное кровотечение при туберкулезе у детей бывает чрезвычайно редко, в литературе встречаются описания лишь единичных случаев.

Так, напр., Finkelstein наблюдал кровохарканье у ребенка 7 месяцев, Жукковский у ребенка 5½ месяцев. Рабиновичу ребенка 1 г. 2 мес., Schmitz—приводит 2 случая легочного кровотечения у детей 4½ и 5 лет, во время которого дети погибли. В одном из этих случаев на аутопсии был обнаружен милиарный туберкулез легких, печени, селезенки и 2 каверны, заполненные свернувшейся кровью, но сосуда, из которого произошло кровотечение, обнаружить не удалось, Schmitz предполагает, что в каверну кровь была аспирирована. Во втором случае аутопсии не было сделано; по мнению автора, в этом случае было вторичное инфильтрирование легкого с казеозным распадом. Simon и Redeker, отмечая редкость тяжелых легочных кровотечений при II-й стадии по Rank'e, не дают этому факту объяснений. Geipel и Finkelstein объясняют эту особенность детского тбс тем, что вследствие эндоартрита и эндофлебита у детей происходит запустевание сосудов в пораженных тбс участках легких, что препятствует возникновению Наеморте.

Ввиду редкости таких случаев и недостаточной изученности данного вопроса приводим случай легочного кровотечения у ребенка, наблюдавшийся в детской клинике Гос. института для усовершенствования врачей им. Ленина, в котором уже через несколько минут после появления кровотечения наступила смерть.

М. Н., 8 лет, чувашин—воспитанник детского дома, был направлен 18/XI-28 г. в клинику по поводу предполагаемой бронхопневмонии. Больной—бледный мальчик. Вес 21.700. Сухая кожа, местами шелушащаяся. Влажный кашель с мокротой. Справа сзади, соответственно нижней доле легкого определяется укорочение перкуторного звука, бронхиальный оттенок дыхания и мелкие влажные хрипы звучного характера; кроме того в обоих легких выслушивались разлитые сухие хрипы. Границы сердца нормальные, тоны чистые, пульс 84 уд. в 1'—удовлетворительного наполнения. Кровь: Eг—4.570.000. L—4.970. Hb—75%, index—0,83.

Лейкоцитарная формула по Schilling'y: I—20%, St—12%, S—22,5, E—10%, MC—60%, Ly—56,5%. Реакция оседания эритроцитов (по микроседиметру Zappera) 22 деления в 1 час, вместо 10 делений в норме.

Живот немного вздут, безболезнен при пальпации; прощупывается мягкий край печени, селезенка не прощупывается. Со стороны нервной системы отклонений от нормы не обнаружено. Моча—светло-желтого цвета, кислой реакции, удельный вес 1.015, реакция на сахар и белок отрицательны, диазореакция Erlich'a положительная, в осадке 3—5 лейкоцитов в поле зрения и аморфные соли. R. Pirquet—положительная.—Больной находился в клинике 1 м. 26 дней. С первого же дня в общем состоянии больного отмечается сонливость, вялость. Температура все время держалась на высоких цифрах между 38—40°. Пульс 96—120 уд. в 1', удовлетворительного наполнения. Стул жидкий 3—4 раза в день. Ввиду некоторой сонливости больного, лейкопении и положительной диазореакции в моче, ему 2 раза была сделана R. Wida'я, которая дала отрицательный результат. В дальнейшем легочные явления нарастали. Влажные хрипы кроме нижней доли правого легкого выслушивались и в подмышечной впадине. Через несколько дней появилось укорочение перкуторного звука справа спереди под ключицей, в подмышечной впадине и сзади по всей поверхности легкого, а под нижним углом лопатки притупление с тимпаническим оттенком; при аускультации в этом участке выслушивалось амфорическое дыхание и крупнопузырчатые хрипы (подозрение на каверну). В левом легком вначале выслушивались крупнопузырчатые хрипы, а в дальнейшем появились мелкие звучные хрипы сзади в области нижней доли. Рентгеноскопия легких дала следующую картину: в нижнем поле правого легкого изолированная инфильтрация с начинающимся распадом. За месяц до смерти в мокроте были обнаружены палочки Koch'a в большом количестве. Постепенно состояние больного ухудшалось, похудание прогрессировало, появились отеки на ногах и на веках. Живот увеличивался в объеме, пальпация стала болезненной, в полости его определялось наличие свободной жидкости.

13/I-29 г. при осмотре больного утром никаких новых изменений, как в общем состоянии его, так и со стороны отдельных органов, обнаружено не было. В 1 час дня мальчик, пообедав, лег спать. Около 3-х часов дня одновременно с сильным кашлем сразу появилось обильное кровотечение через рот и нос, быстро развился цианоз, падение сердечной деятельности, через несколько минут, прежде чем успели ввести кровоостанавливающее средство, мальчик был уже мертв.

При вскрытии трупа обнаружена казеозная пневмония средней и нижней доли правого легкого с каверной в нижней доле. Стенка одной из ветвей легочной

артерии, проходящей в каверне, оказалась разрушенной, вследствие чего наступило кровотечение; каверна была заполнена кровяными сгустками. Такими же кровяными сгустками был заполнен открытый в нее крупный бронх. Кроме того, имелся нодозный tbc левого легкого и верхней доли правого легкого. Ограниченный хронический слипчивый правосторонний плеврит. Бронхи обоих легких содержали пенистую густую красную массу. Казеозный tbc с размягчением медиастинальных и бронхиальных желез. Гиперплазия мезентериальных желез отчасти с их казеозом. В полости живота имелось около 250 к. с. желтоватой жидкости. Брюшина лишь в верхней части была покрыта узелками и фибринозными наслоениями. Нодозный tbc печени и фибринозный перигепатит. Хронический милиарный туберкулез селезенки. Хронический слипчивый периспленит. Туберкулезные бугорки, частью изъятые, имелись в нижней части подвздошной кишки, милиарные бугорки в почках.

Из Хирургического отделения Наб.-Челнинской больницы Татреспублики.

Случай сочетанного ранения сердца, легкого и диафрагмы ¹⁾.

Б. В. Огнева.

Вопросу о ранении сердца в сочетании с другими органами уделено достаточное внимание в современной литературе. Отмечено, что в некоторых случаях при поверхностном ранении сердца или даже одного перикарда смерть наступала от внутреннего кровотечения из других органов, раненых попутно: легкого, пищевода, селезенки, желудка, печени и т. п. Из 33-х случаев ранений перикарда, указанных в литературе и на основании работ Чугаева, Подобедовой, Иргера и Черняка, в 15 случаях смерть последовала от внутреннего кровотечения из других органов. Вот почему одновременное поверхностное ранение сердца, или ранение только одного перикарда попутно с другими органами может дать весьма путаную клиническую картину, в результате чего бывает большое затруднение поставить правильный диагноз и иметь достаточные обоснования для оперативного вмешательства на сердце.

Описываемый мною случай касается больного В. Г. 24 лет, татарина, доставленного дежурным фельдшером 26/VII 29 г. в 3 часа дня в Хирургическое отделение Наб.-Челнинской больницы. Из расспросов фельдшера и милиционера установлено, что пострадавший был ранен длинным кинжалом и на месте происшествия пролежал около 40 минут без всякой медицинской помощи, потеряв большое количество крови. Больной обескровлен, в сознании, на вопросы отвечает тихо, затрудненное дыхание, одышка. Пульс слабый—свыше 100 в 1', тоны сердца едва слышны, шумов не отмечено. Вся передняя поверхность грудной и брюшной стенок запачканы кровью, в области второго межреберья на 3 ст. кнутри от *lin. mamill. sin.* имеется косо расположенная линейная рана ст. 5 в длину с зияющими краями. Нарастающая слабость с резко-выраженной анемией были достаточным основанием заподозрить внутреннее кровотечение в грудную полость. Больному введено подкожно 2,0 ol. camphor. Под местной инфильтрационной анестезией 1/2% sol. novocaini сделан вниз и вправо дугообразный разрез от ниже-внутреннего конца раны с рассечением большой грудной мышцы, резецирован хрящ 3-го ребра; через полученное отверстие в достаточной степени можно было осмотреть как рану легкого, так и сердца. На передней поверхности левого легкого была обнаружена сильно кровоточащая рана, проникавшая на медиастинальную поверхность указанного органа с нарушением его передне-внутреннего края. На рану наложены два кетгутовых шва, захватывающих на большом протяжении паренхиму органа. В области перикарда с левой стороны обнаружена косо расположенная линейная рана см. 6 длиной с нарушением целостности левого диафрагмального нерва. Рана перикарда разведена помощником, кровь и сгустки из полости удалены; при попытке осмотреть сердце—больной стал вести себя весьма беспокойно, вследствие чего пришлось перейти на общий хлороформный наркоз. У больного быстро наступила остановка дыхания, рана закрыта и после применения искус-

¹⁾ Доложено в Хирургической секции при Общ. врачей Казанского университета с демонстрацией макро и микроскопических препаратов 14/IV 30 г.