

Из Факультетской хирургической клиники Казанск. госуд. ун-та (Директор профессор А. В. Вишневский) и Терапевтической клиники Каз. гос. ин-та для усоверш. врачей имени В. И. Ленина (Директор проф. Р. А. Лурия).

К хирургическому лечению абсцессов легких.

Ю. И. Зака и М. И. Ойфебаха.

Настоящее сообщение составляет лишь часть работы по изучению легочных абсцессов, разрабатываемых терапевтической клиникой и-та, и касается главным образом случаев хирургического их лечения, наблюдавшихся совместно с хирургической клиникой у-та.

Материал в 48 сл., накопленный терапевтической клиникой за последние 5 лет (1925—29 г.), показал, что легочные абсцессы не представляют собой той большой редкости, о которой говорили старые авторы (Труссо, Лаеннек и др.). В этом сыграло роль не только то обстоятельство, что клиника начала обращать больше внимания на распознавание этих случаев, но, повидимому, участвовавшие гриппозные эпидемии во многом объясняют значительное распространение этого заболевания и у нас.

Отсюда понятно то внимание, которое уделяется этой главе легочной патологии не только интернистами, но и хирургами, и отоларингологами.

Однако, мы до сих пор еще не имеем общепринятого мнения в вопросах терапии легочных абсцессов и статистический материал пестрит разноречивыми данными. Это с достаточной ясностью видно из того, что наряду с указаниями многих хирургов о значительном проценте (до 60—90%) смертности при консервативном лечении, терапевты приводят внушительный материал самоизлечения абсцессов (от 10—50%) без активного вмешательства.

Но разногласия существуют не только между терапевтами и хирургами, но и среди представителей каждой специальности. В чем же кроются причины разного подхода терапевтов к хирургическим методам лечения? Их можно свести к следующим основным моментам: 1) до сих пор, несмотря на ряд подсобных методов—рентген, лаборатория—случаи абсцессов нередко в работе практического врача не распознаются и фигурируют под диагнозами туберкулез легких, гнилостный бронхит и т. д.; 2) позднее распознавание абсцессов легких терапевтами и отсюда направление их в тяжелом запущенном состоянии к хирургам для операции—этим отчасти объясняется печальная статистика неблагоприятных исходов хирургического метода, 3) преувеличение опасностей оперативного вмешательства, его технических трудностей, и боязнь осложнений (кровотечения, хронический незаживающий свищ, диссеминация процесса, рецидивы и т. д.) и, наконец, 4) спонтанное излечение абсцессов путем прорыва в бронх с последующим рубцеванием.

Если же обратиться к взглядам хирургов на применение оперативного метода при легочных гнояниках, то мы среди них видим представителей, с одной стороны, активного и быстрого хирургического вмешательства как только распознан легочный абсцесс, а с другой стороны, ряд виднейших представителей хирургии в Западной Европе и у нас

в Союзе (Tuffier, Rou-Berger, Gregoire, Спасокукоцкий и др.) в настоящее время отказались от хирургического вмешательства при легочных нагноениях. Последние являются сторонниками консервативной хирургической терапии. Она может быть сведена в основном к следующему: 1) Сдавление легочного гнойника наложением искусственного пнеймоторакса (коллапсотерапия), 2) операция френико-экзереза, преследующая ту же цель, и 3) аспирация содержимого легочного гнойника посредством бронхоскопа.

Искусственный пнеймоторакс, примененный при легочном абсцессе еще в 1910 г. Forlanini, получил довольно большое распространение, и в настоящее время мы имеем ряд литературных указаний на благоприятный результат его: так, Finwik на 14 случаев получил 11 выздоровлений, Finsburg на 25 случаев—20 выздоровлений. Ряд румынских авторов Piticarini, Ilie, Pautir подтверждает эти данные. Meyer-Börnneske указывают на основании своего опыта, что если течение 3-месячного лечения пнеймотораксом мы не достигаем эффекта, больного следует передать в руки хирурга для операции. Другие авторы комбинируют коллапсотерапию с неосальварсаном и получают блестящий результат: так, по данным Левина-Флидермана на 27 случаев в 84% наступило полное выздоровление. Eggers (Америка) комбинирует коллапсотерапию с аспирацией гноя посредством бронхоскопа. Однако, ряд авторов указывает на опасность этого метода; так, напр. Marietta из 3-х случаев, леченных искусственным пнеймотораксом, в одном видел смертельный исход вследствие прорыва содержимого абсцесса в плевру и образование пиопнеймоторакса. Sauerbruch, Brauer являются противниками этого метода, ибо он не дает эффекта в смысле полного выздоровления, т. к. сжатое легкое, будучи в дальнейшем распущено, не гарантировано от обострения в нем старого гнойного процесса, не говоря уже об опасности его прорыва в плевру Dorendorf, являясь противником искусственного пнеймоторакса, однако считает возможным его применение для периферически расположенных абсцессов. По его мнению, пнеймоторакс может помочь хирургу, он указывает на место расположения спаек, кроме того сжатое легкое уменьшает опасность аспирации. Некоторые французские авторы считают показанным искусственный пнеймоторакс лишь при глубоко расположенных абсцессах, недоступных для ножа хирурга (гиллюсная область).

Что касается френикоэкзереза при легочных абсцессах, то этот метод применялся итальянскими авторами Morgone, Giovani и у нас Спасокукоцким, Незлиным с хорошим результатом. Мы в двух случаях наблюдали больных, у которых гнойники были расположены в нижних отделах правого легкого, и френикоэкзерез дал значительное улучшение.

Третий метод консервативной хирургии является аспирацией гноя из полости абсцесса посредством бронхоскопа. В этом направлении проделана большая работа, главным образом, американскими авторами Jackson, Chevalier и др. У нас в Союзе этот метод не получил распространения. Помимо одного случая Соколова, Спасокукоцкого мы можем сослаться на совместную работу в этом направлении терапевтической и ото-рино-ларингологической клиники ин-та для усовершенствования врачей в Казани. Работами Трутнева, Ойфебаха, доложенными на 3-м Краевом съезде ларингологов в Казани в 1929 г., были предло-

жены следующие основные положения для применения бронхоскопа в терапии абсцессов легких: 1) аспирация содержимого легочного гноиника показана лишь в случаях естественного дренажа полости абсцесса с выводящим бронхом: а) в острых случаях абсцесса, вследствие попадания инородного тела и аспирации инфекционного материала; б) если абсцесс расположен глубоко в области гилуса или у средостения и недоступен хирургу; в) при хронических абсцессах, когда консервативные методы не дали результата, а оперативное вмешательство невозможно (общее тяжелое состояние больного, отказ от операции и т. д.); 2) бронхоскопия противопоказана: а) в остром периоде легочного абсцесса, когда еще не выявился процесс отграничения гноиника во избежание диссеминации процесса; б) при склонности к легочным кровотечениям и в) при множественных абсцессах септического происхождения.

Нужно, однако, отметить, что в бронхоскопии даже тогда, когда на лицо все показания к ее применению, не следует видеть самодовлеющего метода и она должна применяться в комбинации с другими методами консервативной терапии (покой, диета, Durstkuhr, неосальварсан и т. д.), причем выбор метода требует значительной осторожности, индивидуализации случая при совместной работе терапевта, хирурга и ларинголога, хорошо владеющего методом бронхоскопии.

Переходя к активному хирургическому вмешательству при легочных абсцессах, укажем, что статистические данные многих хирургов дают значительный процент выздоровления при оперативном методе. Достаточно указать, что такой авторитет как Brauer считает операцию при правильной технике относительно безопасной. Большая статистика Gaggé на 582 случая, собранных им в мировой литературе, указывает на выздоровление после пнеумотомии в 83%, у Опокина на 44 сл. выздоровело 85% в острых случаях, 79% при хронических, у Кушевой соответственно 84 и 33%, Sauerbruch 83%—60%, Hedblom 66%—63%, у Грекова в общем 66%. Таким образом, эти данные указывают, что случаи хронических абсцессов дают значительно худший результат при оперативном вмешательстве по сравнению с острыми абсцессами. Сравнивая эти данные и учитывая тот „Дамоклов меч“, под которым находятся абсцессо-носители, а именно: постепенно нарастающая кахексия, опасность прорыва абсцесса в соседние органы, в плевру, перикард, метастаз гноя в большой круг кровообращения, опасность внутренних кровотечений (Jehn), становится, нам кажется, бесспорным, что хирургическое лечение гноиников легких является одним из важных методов терапии, причем результат оперативного вмешательства зависит от своевременно произведенной, при правильных показаниях, операции, с одной стороны, и техники, с другой. По отношению первого вопроса до сих пор, к сожалению, нет единства мнений между терапевтами и хирургами, и вопрос, когда именно оперировать, еще остается спорным. Несомненно только одно, что оперировать следует при наличии сращения плевры, и если таковые на операции не обнаруживаются, необходимо создать их тем или иным путем (Brauer). Sauerbruch считает, что если течение 6—8 недель с момента обнаружения абсцесса излечение при применении консервативных методов лечения не наступило, необходимо оперировать; если же течение этого времени гной становится злокачественным, тогда операция абсолютно показуется. Опокин приходит к выво-

дам, что „пнеймотомия при абсцессах должна делаться тотчас же, если диагностируется абсцесс“ и, что „во-время сделанная пнеймотомия есть лучшая гарантия успеха“. Гессе считает, что при лечении абсцессов неосальварсаном (при наличии фузоспирилеза), срок определяется воздействием последнего, а именно: показанием к операции служит отрицательное однократное введение его при абсцессе, сообщающемся с бронхом, и 3—4-х кратное поднятие температуры при несообщающемся с бронхом абсцессе. Мы, на основании нашего материала, считаем срок для терапевтического лечения 6—8 недель, и если за это время не произошло улучшения—необходима операция. Операцию в остром периоде легочного гноя мы считаем непоказанной еще и потому, что не успел произойти процесс отграничения абсцесса. Опасность диссеминации гноя в этом периоде особенно велика. Далее, важное значение при оценке показаний имеет расположение абсцесса (доступность для хирурга), его множественность и, наконец, этиологический момент. Понятно, что в случаях множественных абсцессов, когда налицо диффузное нагноение легочной ткани, оперативное вмешательство противопоказано—(Спасокукоцкий), точно так же, как и в случаях множественных гноевиков легкого в результате септической инфекции, где в огромном большинстве судьба больных predetermined.

Из методов оперативного лечения, производившаяся ранее, пункция утратила свое значение как оперативный метод, и в настоящее время приобрела права гражданства пнеймотомия. Последнюю предложил еще Гиппократ, считавший, что неразрешившееся течение 15—22 дней воспаления легких должно кончиться гноем, и если таковой сам не вскрылся в дыхательные пути, необходимо опорожнить его наружу путем вскрытия грудной клетки.

Sauerbruch выдвигает 2 момента при производстве пнеймотомии: 1) точное знание анатомической локализации гноя и 2) наличие плевральных сращений, при которых и можно опорожнить абсцесс путем вскрытия грудной клетки, не рискуя инфицировать плевру, ибо в последнем случае: „печальная судьба больных предрешена“. Далее, он указывает на важность правильного выбора места операции и подхода к гною, рекомендуя таковой при расположении его в верхней доле—сзади и с подмышечной области, а при расположении в нижней доле оперировать только сзади (место выбора).

Не останавливаясь подробно на рентгеновской характеристике легочных абсцессов, укажем, что, зная перед операцией рентгеновскую картину, мы уже в большей степени ориентированы в топографии гноя, но расположение его мы окончательно распознаем путем пробного прокола. По единодушному мнению почти всех авторов, ни в коем случае нельзя производить прокол с диагностической целью до операции, в таких случаях налицо возможность диссеминации процесса и инфекция плевры. Поэтому, как правило, пробный прокол делается в момент самой операции. Здесь мы подчеркиваем, что нельзя ограничиться определением локализации абсцесса лишь по проекции на грудную клетку даже при стереоскопических снимках, а хирургу следует идти по верному пути, почему, обнаруживши гной (а прокол следует производить настойчиво, несколько раз и в разных направлениях), не следует вынимать иглы и оперировать по ходу ее.

Что касается сращения плевры, то хотя и имеется указание на возможность отсутствия их даже при хроническом абсцессе (Neuber, Krause, Quinque, Brauer, Спизарный и др.), однако в громадном большинстве случаев, даже при остром течении, они развиваются довольно быстро (наш случай № 3), и на нашем материале оперированных абсцессов разной давности сращения были налицо во всех случаях.

Далее, в отношении двух-или одномоментного способа операции Sauerbruch рекомендует при наличии сращений производить операцию в один прием, а при отсутствии таковых—двухмоментно, при этом он отвергает метод вшивания легкого в рану. Brauer при отсутствии спаек указывает на необходимость искусственного их образования, что значительно облегчает оперативное вмешательство. В наших случаях операция производилась одномоментно и вследствие наличия спаек не представляла больших технических трудностей. Следующим важным моментом является выбор обезболивания. Sauerbruch рекомендует при наличии сращений местную анестезию, считая ее недостаточной при отсутствии их, т. к. в этих случаях сохранены рефлексы с плевры. Учитывая, по видимому, все же опасность наркоза, он рекомендует часть операции (разрез и резекцию ребер) делать под местной анестезией, а затем уже дать наркоз. Jahn, не указывая определенно на какой-либо метод обезболивания, говорит о паравертебральной и проводниковой анестезии. Среди русских хирургов имеются сторонники общего наркоза, однако, следует учесть опасности осложнений при общем наркозе, в особенности при легочных операциях. Общее тяжелое состояние больных, асфиксия от попадания в бронхи полостного секрета и крови, диссеминация процесса, вследствие аспирации гноя, уничтожение глоточного и кашлевого рефлекса особенно благоприятствуют легочным осложнениям. Вот почему во всех наших случаях применялась местная инфильтрационная анестезия при помощи ползучего инфильтрата по методу профессора А. В. Вишневого, и мы настоятельно рекомендуем его, т. к. он предохраняет от вышеизложенных осложнений и может быть проведен в любом случае, не ухудшая общего состояния больного и не осложняя хода операции. Что касается возможности шока, беспокойства больных, на что указывают противники местной анестезии, то они избегаются анестезией более широких участков плевры, а не только в пределах разреза.

Далее, возникает вопрос, в каком положении оперировать больного. По единодушному мнению большинства не рекомендуется оперировать в лежащем положении, т. к. в этих случаях больной лежит на здоровом боку, что вызывает сдавление здорового легкого, вследствие чего увеличивается опасность осложнений. Затем, выдвигается положение полусидячее и сидячее. Первое несколько уменьшает возможность осложнений, но страдает тем, что затрудняет подход к гнойнику при необходимости оперировать сзади (самый частый подход); мы считаем наиболее удобным второе положение, поэтому оперативное вмешательство в наших случаях производилось в сидячем положении.

Из послеоперационных осложнений прежде всего указывается на кровотечение, которое зависит от тампонады или дренажа полости. Тампонада способствует образованию пролежня ближайших сосудов и раздражает слизистую бронхов, что в свою очередь вызывает резкие

приступы кашля. Опокин указывает на коллапс, зависящий от энергичных манипуляций в легочной ткани и давления на *vagus*, а иногда от промывания полости абсцесса (если таковое производится). Большое значение имеет также уход за тканью как легкого, так и кожной раны во избежание образования долго незаживающих свищей и бронхиальных фистул. Для избежания этого осложнения большую услугу оказывает эмульсия из *Balsam. peruvian.* по прописи проф. А. В. Вишневецкого (*Balsam. peruv.* 25,0, *Ol. ricini* 100,0; *Dermatol* 5,0), в которой сочетается прекрасное бактерицидное и стимулирующее действие, что способствует быстрейшему заживлению раны, при этом правильная тампонада дает равномерную грануляцию, чем избегается возможность заживления кожной раны раньше, чем загранулируется полость в легком. Эта же тампонада в значительной степени предупреждает возможность образования пролежней сосудов, а также уменьшает раздражение легочной ткани и бронхов. После операции мы больным обычно только в первые дни рекомендуем строгий постельный режим и покой, и то в большинстве случаев в сидячем или полусидячем положении, в дальнейшем же следует изменить режим, т. к. горизонтальное положение способствует гипостатическим пневмониям, особенно тяжело протекающим у этих больных. Соблюдение этих положений уменьшает послеоперационные осложнения, и на нашем материале мы имели таковые в 2-х случаях (№ 6—кровотечение тут же после операции и № 4—долго длившийся послеоперационный свищ с гнойным отделением, но с последующим стойким выздоровлением).

Не останавливаясь подробно на других методах оперативного вмешательства, укажем на способ Whitmore'a, рекомендующего резекцию трех или четырех ребер, не разрушая спаек или, наоборот, предварительно создав их, с последующим выжиганием пораженного участка легких при помощи термокаутера. Graham сообщает о 45-ти случаях, где каутеризация была применена 100 раз с хорошим результатом (69% выздоровления). Далее, за последнее время была предложена при легочных абсцессах, помимо торакопластики, операция пневмолиза с удовлетворительным результатом (Saengerbruch и др.).

После этого краткого анализа хирургических методов лечения мы считаем необходимым привести наш материал:

Случай I. Б-ой Т., 46 лет, в марте 1927 г. перенес грипп. пневмонию; за несколько дней до поступления в клинику появилась гнойная мокрота с запахом, в количестве до 1 стакана в сутки. Температура 38—39°. Объективно: слева у середины и под углом лопатки бронхиальное дыхание с амф. оттенком, полостная бронхофония, звучные хрипы, движения диафрагмы ограничены. ВК—, эл. вол.+. Рентген—значительное затемнение нижней доли левого легкого, на уровне лопатки—подвижн. уровень жидкости; вуаль всего легочного поля. Течение: прогресс. ухудшение общего состояния, нарастание т°, мокроты до 200—300 куб. в сутки; 3-кратное введение неосальварсана—безрезультатно. 9/V 27 пневмотомия. Быстрое падение т°, резкое уменьшение кол. мокроты, потерявшей гнил. запах, общее улучшение, в дальнейшем выздоровление (неоднократные повторные рентгеновские исследования). Последнее исследование в марте 1930 г.—пучок соединит. тканых тяжей на границе среднего и нижнего отдела левого легкого; спайки диафрагмальных листов плевры. Полное излечение абсцесса.

Случай II. Б-ой Т., 53 лет, поступил в терапевтическую клинику с явлениями гриппозной пневмонии, болен около 3-х недель. Объективно: эмфизема обоих легких, у нижнего края правой лопатки притупление, бронх. выдох, влажн. мел.пузырч. хрипы в небольшом количестве, шум трения плевры. Мокрота без запаха, ВК и

эл. вол. не обнаружены. Рентген: в нижнем поле правого легкого гомогенное затемнение, с округлыми очертаниями с нерезкими контурами, френекокостальные углы свободны, сердце не смещено. Прогресс. ухудшение, нарастание t^0 до $39,5^0$, поты и знобы. Неосальварсан безрезультатно. 29/IV 27 г. пнеймотомия, из полости абсцесса выделено значительное количество гноя; послеоперационный период без осложнения, выписан с значительным улучшением, амбулаторное наблюдение около 3-х лет. Рентгеноскопия в 1930 г.: правый купол диафрагмы приподнят и спаян латеральными мощными швартами, косое стояние ребер справа. Полное излечение абсцесса.

Случай III. Б-ой А., 57 лет, поступил в терапевтическую кл-ку с явлениями типичной крупозной пневмонии. T^0 до 39^0 . На 18 день болезни больной выхаркнул большое количество светло-зеленой мокроты (до 300,0) без запаха, ВК—, эл. вол.—. Рентген: справа в нижнем поле хорошо отграниченное снизу округлое интенсивное затемнение; верхняя граница тени горизонтальна и над ней пузырь воздуха. Купол диафрагмы хорошо различим, углы свободны. 26/I 1928 г. пнеймотомия, из полости абсцесса удалено 150,0 гноя. Через день падение t^0 почти до нормы, значительное улучшение общего самочувствия, через м-ц выписан в хор. состоянии, рана закрылась через $1\frac{1}{2}$ м-ца после операции. Выздоровление, восстановление работоспособности.

Случай IV. Б-ая К., 28 лет, поступила в тер. кл-ку по поводу кровохаркания, болей в правом боку, кашля с значительным количеством мокроты с запахом, и общей слабостью. Больна около $3\frac{1}{2}$ м-цев, причем вначале заболевания перенесла гриппозную инфекцию (повидимому, гриппозную пневмонию); через м-ц после заболевания появилось кровохарканье, которое в дальнейшем неоднократно повторялось. Объективно: б-ая *подорванного* питания, перкуторно—сзади притупление справа до середины лопатки, спереди до четвертого ребра с тимпанитом в гилусе, где выслушиваются крепит. звучн. хрипы, дыхание с бронхиальным оттенком, усилен fremitus и бронхофония. T^0 до 40^0 , поты и знобы, ВК—, эл. вол.—, сутки. кол. мокроты до 250,0, трехслойная, с запахом и с примесью крови. Рентген: гомогенная интенсивная тень в среднем поле справа, хорошо ограниченная снизу; сверху тень менее интенсивна, виден подвижный уровень жидкости. Четырехкратное введение неосальварсана—безрезультатно, прогрессирующее ухудшение; переведена в хирургическую кл-ку для операции. 24/I 28 г. неоднократные пункции в различных направлениях в области проекции абсцесса—безрезультатны, гной не обнаружен. Б-ая не оперирована и переведена обратно в тер. кл-ку, где за время повторного пребывания t^0 держится до $39,8$, количество мокроты прежнего характера увеличилось до 450,0, эл. вол.—, спирохеты и пневмококки отсутствуют. Повторное рент. исслед.: затемнение среднего легочного поля справа величиною с яблоко; над диафрагмой справа же сплошное затемнение до нижнего угла лопатки, медальные контуры тени неровны, изрезаны. 19/II 28 г. легочное кровотечение (500,0)—вновь переведена в хирургич. кл-ку для операции. 27/II 28 г. пункция в области V—VI ребра справа—добыт гной, резекция указанных ребер и пнеймотомия; из области абсцесса удалено значительное количество гноя. На второй день после операции значительное уменьшение количества выделяемой мокроты, улучшение общего состояния. На 3-й день t^0 пала до нормы. Б-ая пролежала в кл-ке 2 месяца и выписалась с значительным улучшением, рана зажила, мокроты нет, прибыла в весе 15 ф. Через м-ц рана разошлась, и из нее вновь появилось выделение гноя. Кашель с мокротой усилился, но без запаха. Рентген: нежные спайки над куполом диафрагмы справа; в средней части округлая гомогенная тень с нерезкими контурами, уровня не видно. Амбулаторное лечение в течение $1\frac{1}{2}$ м., и рана вновь закрылась, а также исчезли общие явления. В конце сентября—кровохарканье (стакан крови), кашель с обильной мокротой с гнилостным запахом и вторичным расхождением раны с гнойными выделениями из таковой. Повторное амбулаторное лечение в течение м-ца, рана закрылась. Дальнейшее наблюдение дает указание на полное выздоровление. Контрольный рентген 7/VI 29 г.—справа в верхнем легочном поле гомогенное затемнение, за счет утолщения плевры; спайки диафрагмальных листков плевры справа с огр. движений—диафрагмы; в марте 1930 г. рентгенологически рубец на месте бывшего абсцесса. Здорова.

Особенности случая. 1) Первый раз при определенных клинических и рентгеновских данных за наличие абсцесса—неоднократная пункция давала отрицательный результат, и лишь вторично, спустя м-ц, при пункции обнаружен гной. 2) Мы имеем, несомненно, дело с множественным абсцессом, и расхождение раны связано было, повидимому, со вскрытием в опорожненную полость др. абсцессов,

причем во второй раз вскрытие произошло одновременно и в бронхи, что указывает на необходимость при нетипичной рентгеновской картине изолир. гнойников прибегать к рентгеноскопии вскоре же после операции до заживления еще раны, чтобы знать как вести послеоперационный период—дать ли ране закрыться или нет—в ожидании вскрытия других гнойников; а может быть (по Фабриканту) следует войти в полость гнойника пальцем или каким-либо инструментом и соединить с ней рядом расположенные полости и, наконец, 3) за такими сомнительными в смысле множественности абсцессов больными необходимо длительное и повторное наблюдение.

Случай V. Б-ой Б., 34 лет, перенес в январе 1928 г. гриппозную плевронеймонию, осложненную правосторонним гнойным плевритом. Жалуется на боль в правом боку, одышку, слабость, кашель с обильной гнойной мокротой (до 200,0 в сутки), без запаха. Объективно: сзади справа притупление перкуторного тона с тимпанитом несколько выше угла лопатки. Притупление переходит книзу в тупость. Спереди от второго ребра книзу притупление, усиленный *fremitus* между 2—4 ребром и бронхофония; здесь же бронхальное дыхание, звучн. хрипы и выраженный симптом Винтрика. Сердце не смещено. Мокрота трехслойная, без запаха, ВК—, эл. вол.—. T^0 до 39^0 . Пробная пункция в области тупости дает гной. Рентген: сплошное затемнение всего правого легкого, медиальный край резко отграничен от узкой полосы легочного поля (осумков. плеврит). С диагнозом *abscessus pulmonum, pleuritis purulenta*—переведен в хирург. кл-ку. 27/III 28 г. резекция ребра, дренаж при помощи резиновой трубки. Перевязки втечение $2\frac{1}{2}$ м-цев. Рана закрылась, количество мокроты до 20—30,0 в сутки. ВК и эл. вол.—. T^0 к концу пала до нормы; в дальнейшем стойкое выздоровление.

В данном случае мы имели, повидимому, абсцесс после гриппозной пневмонии, прорвавшийся в плевру, но не давший бурной картины ввиду имевшихся уже сращений вследствие перенесенной плевронеймонии или же имело место образование метапневмонического плеврита, и уж одна плевротомия с опорожнением гнойного содержания плевры дала излечение и плеврита, и абсцесса.

Случай VI. Б-ой Р., 19 лет, поступил в клинику в ноябре 1928 г. по поводу болей в груди, кашля с большим выделением гнойной мокроты с запахом и иногда примесью крови, повыш. t^0 , слабости и сильной одышки. Считает себя больным около 2-х лет и связывает заболевание с простудой (грипп). Объективно: 6-ой подорван. питания; спереди справа, начиная от 3 ребра до 5-го притупление, сзади притупление от середины лопатки распространяется книзу на 3 попер. пальца ниже угла лопатки. В области притупления спереди влажн. хрипы, жестк. дых.; сзади превалирует ослабленное дыхание. Б-ой выделяет до 600—750,0 трехслойной с запахом мокроты; ВК—, эл. вол.—. T^0 до $38,4^0$. Рентген: в правом среднем поле массивная инфильтрация, близко у *hilus'a* полость абсцесса с невысоким уровнем, трехкратное введение неосальварсана—без эффекта. Б-ой по собственному желанию выписался домой и лишь через 2 месяца вновь явился для операции; за это время состояние ухудшилось, рентген дает указание на наличие нескольких небольших участков просветления (инкапсулированных с подозрением на наличие воздуха в них). 1/II операция: пробная пункция в пределах 7—8 ребра справа показала наличие гноя. Игла вынута, разрез, резекция указанных ребер; повторение пункции в различных направлениях—гноя не дало; пневмотомия, но гноя также не обнаружено. Тут же на столе сильный кашель, обильная мокрота с кровью. Тампонада полости. Послеоперационное течение: угрожающее состояние в первые дни, на 9 день выделение большого количества гноя через раны и резкое уменьшение кол. мокроты. 11/II вместе с обильным количеством мокроты выхаркнул семянку и лишь тогда вспомнил, что за несколько дней до начала заболевания (2 года т. н.) „подавился“ семянкой. 2/III вскрылся абсцесс в области краев кожной раны. Дополнительные пункции по краям раны и в глубине оставшейся полости каждый раз дают очень немного гноя, что дает основание диагностировать множествен. мелк. абсцессы, в один из каковых влило 5,0 *Spiritus vini*, чем вызван резкий кашель с обильным выделением мокроты. Через полтора месяца после операции выписан с значит. улучшением. T^0 нормальн., незначит. кол. гнойной мокроты без запаха. Дальнейшая судьба б-ого неизвестна.

Особенности случая: 1) множествен. абсцессы после инородного тела, 2) улучшение после пневмотомии, 3) прорыв мелких абсцессов в полость раны, 4) необходимость большой осторожности в собирании анамнеза, ибо б-ные, особенно малолетние, нередко забывают указывать на моменты, имеющие важное этиологическое значение и 5) случай лишний раз подтверждает правило—не вынимать

гной при пункции, когда получен гной, ибо в противном случае легко потерять полость абсцесса.

Случай VII. Б-ой И., 53 лет, поступил в терап. кл-ку по поводу типичного абсцесса в области hilus'a правого легкого после гриппозной инфекции. Б-ой выделяет до 350,0 гнойной мокроты с гнилостным запахом, ВК—, эл. вол.+. Т⁰ до 39°, неосальварсан (5 влив.)—безрезультатно, прогрессивн. ухудшение. 23/III 29 г. операция: при двух пункциях (4—5 ребро) гноя не добыто. Коллапс, потеря сознания, кровохаркание, и большое количество гнойной мокроты. На 3-й день т⁰—норма, состояние прогрес. улучшается, кол. мокроты уменьшено (до 30,0), эл. вол.—. 6/IV выписан с выздоровлением. Рентген: на месте бывшего абсцесса в области hilus'a отмечается нежное затемнение. Последующее наблюдение 9 м-цев. Особенности случая: быстрое улучшение с послед. выздоровлением после пробной пункции.

Случай VIII. Б-ой Р., 45 л., болен 3 м-ца. Абсцесс нижней доли левого легкого после гриппа (?). Значит. улучшение и отхаркивание содержимого абсцесса после пункции с отрицательным результатом. Случай аналогичен предыдущему.

Случай IX. Б-ой С. 41 года. Болен 2 года 3 мес. Случай множественных абсцессов в средней и нижн. доле правого легкого с переходом в гангрену. Консервативное лечение и аспирация гноя бронхоскопом—безрезультатно. При неоднократных пункциях гноя не добыто. Не оперирован. Выписан из клиники без изменения.

Если взвесить наш материал за 3 года, то из 9-ти сл., направленных для операции, у 6-ти была произведена пнеймотомия, а в 3-х случаях пробная пункция не дала гноя, и эти больные не были оперированы, однако в 2-х случаях после „безрезультатной“ пункции наступило быстрое улучшение и полное выздоровление. Из 6-ти оперированных 6-ных—у пяти полное излечение (длительность последующего наблюдения до 3-х лет), в одном (случай множественного абсцесса) значительное улучшение.

Оперированы изолированные абсцессы в 4 сл. (в одном в комбинации с гнойным осумкованным плевритом) и 2 множественных. По локализации в левом легком—1 сл., в правом—5 сл., из них в среднем легочном поле у 3 б-ых, в нижнем у 2-х. В этиологии шести оперированных больных гриппозная инфекция имела место 4 раза, крупозная пнеймония 1 раз и инородное тело (семянка)—1 раз; продолжительность заболевания от 2-х недель до 2-х лет; возраст больных от 19—57 лет. Мужчин—5, женщин—1.

Таким образом на основании литературных данных и нашего материала мы считаем возможным сделать следующие выводы:

1) В связи с эпидемиями гриппа за последние годы легочные нагноения встречаются значительно чаще и приобретают все большее значение в работе практического врача.

2) Наряду с консервативными методами лечения оперативное вмешательство (пнеймотомия) должно занимать видное место в терапии легочных нагноений; оно показывается тогда, когда течение первых 6—8 недель консервативное лечение не дает положительных результатов.

3) Во-время переданные терапевтами для оперативного вмешательства случаи легочных абсцессов дают лучшие предсказания, чем случаи хронических абсцессов, причем операция показана не только при изолированных гнойниках легкого, но и при некоторых формах множественных абсцессов, когда последние более или менее значительной величины и расположены близко друг от друга.

4) Операция должна производиться под местной инфильтрационной анестезией в сидячем положении.

5) Пункция показана лишь в момент операции, причем, как правило, когда добыт гной, игла не должна выниматься и разрез производится по ходу ее.

6) Своевременная пнеймотомия облегчает отток гноя, дает быстрое падение t^0 , улучшает общее состояние б-ого и в большинстве наших случаев сравнительно быстро вела к стойкому выздоровлению.

7) При правильном послеоперационном уходе, и в частности при применении вливания в операц. рану Balsam. peruvian., вызывающего рост здоровых грануляций, возможность таких осложнений, как бронхиальные фистулы и долго незаживающие свищи, значительно уменьшается.

8) Для оценки стойкости результатов операции необходимо последующее длительное наблюдение и повторные рентгеноскопии тут же после операции, в особенности в случаях множественных абсцессов, когда при пнеймотомии не всегда вскрываются все полости, а последующие вскрытия их в опорожненную полость или наружу значительно отдалают время выздоровления. В таких случаях, в зависимости от результатов рентгеноскопии, может возникнуть вопрос о повторном опорожнении абсцессов через уже вскрытую полость или же путем нового разреза.

9) Обращают на себя внимание случаи легочных абсцессов, которые после пробных пункций, даже с отрицательным результатом, ведут к быстрому самовызлечению гнойников, несмотря на то, что предварительное консервативное лечение (неосальварсан и пр.) не дали положительных результатов.

Литература: 1) Труды XVI Съезда Российских хирургов, 1924 г.—2) Труды VII Съезда Терапевтов, 1924 г.—3) Кончаловский. «Русская Клиника» 1924 г. № 2.—4) Прокин. Там же.—5) Кушева. «Вестник Хирургии и Погр. областей», 1928 г., т. XIV.—6) Опокин. Пнеймотомия в России. Диссертация, 1907 г.—7) Фабрикант. «Врачебное дело», 1925 г. № 18.—8) Спасокукоцкий. Труды II-го Поволжского Съезда, 1928 г.—9) Спасокукоцкий и Михалевский. «Вест. сов. мед.», 1927 г. № 11.—10) Трутнев. III-й Краевой Съезд Рино-ларинго-отитов, Казань, 1929 г. 11) Ойфебах. Там же.—12) Незлин. «Вопросы туберкулеза», 1927 г. № 8. 13) Sauerbruch. Münch. med. Woch. 1926 г. № 5.—14) Sauerbruch. Stat. из Kraus и Brugsch. Bd. III.—15) Brauer. Beitr. z. Klinik d. Tbc. Bd. 70, 1928.—16) Graham. Ann. Surg. 1927 г. № 2.—17) Lotheisen. Wien. klin. Woch. 1929 г. № 40.—18) Dorendorf. Klin. Wochenschr. 1925, № 5.—19) Dorendorf. Münch. med. Wochenschr. 1924, № 15.

Из Факультетской хирургической клиники Сев. Кавк. гос. ун-та. (Директор проф. Н. И. Напалков).

О паховой поверхностной грыже¹⁾.

Д-ра В. Г. Потапова.

(С 2 рис.).

Из существующих атипических положений грыжевого мешка при так назыв. hernia properitonealis interstitialis и superficialis, объединяемых в общую группу hernia ectopica или hernia interparietalis (Тихов),

¹⁾ Доложено на 160-м очередном заседании Донского хирургического общества 25/II 1930 г.