

заворота, симулирующий собой ущемленную грыжу. Автор статьи приходит к выводу, что возможность наличия при ущемленных грыжах грыжевого заворота увеличивает опасность вправления. Затем, на основании одного своего случая мне хочется показать, как быстро иногда может развиваться омертвление ущемленной кишечной петли. Производя операцию спустя 12 часов с момента ущемления, мне пришлось уже прибегнуть к резекции. Правда, в нескольких случаях, даже по прошествии 2-х, а в одном случае 3-х суток гангрены не наступило. Очевидно, степень сжатия кишечной петли ущемляющим кольцом имеет решающее значение. Ссылаясь на случай быстрого сравнительно наступления некроза ущемившейся кишки, приходится подчеркнуть возможность опасности вправления из-за омертвления даже в первые часы по ущемлении. Имею в своем распоряжении еще один собственный случай, который опять-таки говорит только за кровавое вправление. Это случай, когда ущемленную грыжу симулировало острое воспаление червеобразного отростка, находящегося в грыжевом мешке. Кроме указанных причин, сводящих почти на нет показания к бескровному вправлению, следует иметь ввиду при попытке к вправлению возможность грубого нарушения кишечной петли.

Сообщая о случае мнимого вправления ущемленной грыжи, я далек от того, чтобы назвать его редким. Наоборот, я беру на себя смелость предполагать, что подобных случаев гораздо больше, чем их описано. Правда, просматривая доступную мне периодическую литературу за последние 4 года, подобных случаев я не встретил, но думаю, что чем больше было бы их опубликовано, тем меньше было бы попыток к бескровному вправлению.

Из Туберкулезного санатория „Сосновка“ II-го В. Д. О. имени тов. Петровского. (Главный врач проф. Тростанецкий).

К вопросу о френикотомии при легочном туберкулезе.

Е. В. Миртовская.

Лечение туберкулеза легких идет двумя путями: одно консервативное, а другое хирургическое. Принцип того и другого лечения один—возбудить и усилить иммунно-биологические силы организма, что достигается относительным покоем больного органа. За последние годы было выдвинуто лечение туберкулеза легких перерезкой или выкручиванием п. phrenici. Этот метод заслужил доверие в немецкой школе (Зауэрбуха, Гарре, Брауэра), заняв видное место в терапии тбс легких. В России френикотомия еще не имеет широкого применения, а поэтому небезынтересен случай ранения п. phrenici, повлекший за собой паралич диафрагмы у больного, страдающего экссудативной формой тбс левого легкого.

Больной С., 26 лет, член союза химиков, поступил в санаторий с диагнозом В1, и жалобами на общую слабость, боли в правой половине груди и кашель.

Анамнез: второй ребенок у матери рос хилым, перенес в детстве: корь и скарлатину. Условия жизни плохие. С 14 лет—тяжелый физический труд чернорабочего на постройках, с 16 лет рассыльным при заводе, с 18 лет—счетоводом на заводе, где служит 8 лет. Отец умер от паралича сердца, мать и сестра больны тбс, последняя бациллоносительница. До 1925 года с больными тесный контакт. Женат 3 года, жена и ребенок здоровы.

Болен с 1916 года, было часто повышение температуры до 38, кровохарканье, ночные поты. Не лечился. В 1918 году случайно ранен во дворе в область шеи левой стороны. После ранения 7 дней повышенная температура до 40, кровохарканье. Врачами констатирован активный туберкулез левого легкого. Через три недели встал, была общая резкая слабость, головокружение, одышки не отмечается. Кровохарканье не повторялось, температура Н. После ранения заметно окреп, температура норма, вес прибавлялся, кашель почти исчез, самочувствие хорошее до 1920 года. В 1920 году правосторонний сухой плеврит. В 1924 году грипп, после которого врачи находят свежее заболевание правой верхушки легкого, температура субфебрильная, вес резко падает. В 1926 году самочувствие хуже, в 1927 году резкая слабость; направлен в санаторий. В мокроте Б. К. нет.

St. praesens: рост 166 см., вес. 52 кг. Правильного телосложения, пониженного питания, мышцы левой половины груди слегка атрофичны. Кожа в области

левой m. scalenus et sternocleidomastoid. имеет рубец от огнестрельного ранения и второй рубец над остью лопатки слева. Слизистые бледны. Лимфатические железы: незначительно увеличены шейные. Астеническая форма груди. При дыхании левая сторона отстает в сравнении с правой. Стояние верхушек: левое—низкое, правое—среднее. Поле уменьшено резко слева. Нижняя граница легких:

Правое по scap. 10 реб. по паровертбр. 11 остист. позвон. axillar. 7 реб.
 Левое » » 9 » » » 10 » » » 6 реб.

Подвижность и проявляемость звука во всех отделах слева понижена. При осмотре области epigastrii заметно втяжение этой области внутрь при дыхании. Перкуторно имеем: приглушение перкуторного звука на обеих верхушках, интенсивнее выраженное на левой. В остальных отделах звук легочной. При аускультации: удлинённый жесткий выдох и ослабленное дыхание на верхушке слева, и ослабленное дыхание по всему левому легкому. Справа на верхушке выдох и крепление дыхание по всему левому легкому. Справа на верхушке выдох и крепление дыхание по всему левому легкому. Тоны глухи, но чисты, пульс ритмичен, Cor: сердечный толчок в пятом межреберьи около соска, плохо прощупываемый. Относительная сердечная тупость: левое слегка заходит за сосок, верхнее до третьего ребра, правое нормально. Тоны глухи, но чисты, пульс ритмичен, хорошего наполнения, 86 в минуту, сосуды не склерозированы. В паренхиматозных органах отклонений от нормы нет. Нервная система: повышение сухожильных рефлексов, красный дермографизм, быстрая утомляемость и возбудимость. Рентгеновское просвечивание: левая верхушка опущена наполовину межреберья и значительно затемнена, правая затемнена менее интенсивно. Стояние купола диафрагмы: слева по l. axillar. 8 ребро по l. scapul. 10 ребро. Разница в экскурсии обоих куполов диафрагмы, правая экскурсирует на два межреберья, а левая наполовину межреберья, движение ее слева парадоксально. Сердце норма.

Итак, здесь мы имеем уменьшенную экскурсию левой половины грудной клетки и изменение левого легкого, которое слегка сжато. В доказательство этому мы имеем—нижние границы левого легкого во всех отделах стоят выше, чем в норме, и к тому же аускультация доказывает ослабление везикулярного дыхания левого легкого. Перкуторно мы имеем одинаковый звук с обеих сторон, что возможно оттого, что слева имеется атрофирование грудных и спинных мышц. Рентген указывает на пониженность и парадоксальность движения левого купола диафрагмы, что также говорит за меньшую инспираторную функцию левого легкого. Просветление левого легкого при дыхании происходит менее интенсивно, опять указание на относительную сжатость его. Парадоксальность движения диафрагмы ясно говорит за ее паралич (Вальтер). Вторым доказательством паралича диафрагмы является высокое стояние ее. Мы имеем при покойном состоянии равномерное ее стояние с обеих сторон, но если учесть, что в норме левый купол стоит ниже правого на 1—1½ межреберьем, то налицо и повышенное ее стояние. Высокое стояние диафрагмы производит механическое сжатие, особенно нижних отделов легкого, а ее паралич уменьшает инспираторную расправляемость легкого. Эти моменты влекут за собой относительный покой больного органа, увеличивая иммунно-биологические силы организма. Изменение сердца при левостороннем параличе диафрагмы отмечается Вальтером, который отмечал, что называемое «сплющенное сердце», происходящее от того, что, поднимаясь, диафрагма смещает вверх сердечную верхушку, отчего сердце становится шире.

В заключение необходимо отметить у нашего больного две фазы в течении его болезни: 1) общее состояние после ранения, 2) изменение в течении tbc процесса в левом легком после ранения. Больной отмечает, что после ранения не было одышки, стеснения в груди и не вызывались другие побочные явления со стороны органов дыхания и сердца. Следовательно, само ранение не повлекло неприятных последствий, так как больной до 1927 года не чувствовал, что имеет изменение в дыхательных мышцах левой стороны, и второе, что является показательным, это остановка туберкулезного процесса, происшедшего после ранения, процесса активного с выраженной интоксикацией. Верхушка уплотнена (рентген и физикальные данные) и до 1924 года больной считал себя здоровым, когда уже вновь заболел (возможно реинфекция от сестры) tbc правой стороны без обострения в левой.

Данный случай интересен и с той стороны, что оказал такое благотворное влияние на активный верхушечный процесс, несмотря на то, что терапевтический успех искусственного паралича левой диафрагмы, значительно менее, чем справа, из-за давления сердца, мешающего поднятию ее вверх (Бродский).