

зубные зародыши играли роль секвестров и поддерживали гноетечение. В приведенных нескольких случаях оператор был бессилен что-либо сделать для сохранения зародышей зубов. У взрослых при остром остеомиелите верхней челюсти надо поступать согласно общепринятым хирургическим методов. В общей хирургии сейчас в моде с хорошими результатами безтампонное лечение остеомиелитических ран по способу Schede-Vier'a, т. е. подобно тому, как поступают в брюшной хирургии—рану зашивают наглухо.

В случае, если несмотря на своевременное хирургическое вмешательство, температура не падает и состояние все же тяжелое, в последнее время применяют переливание иммунизированной крови по Wright'y, о чем сообщил Дервисье. Метод этот рассчитан на создание временного пассивного иммунитета. Puig советует, после удаления виновных зубов и секвестров, применить вакцинотерапию, которая дала ему великолепные результаты. Наконец, применяется еще рентгенотерапия.

Из Госпитальной хирургической клиники Каз. гос. мед. ин-та
(Директор профессор В. Л. Боголюбов).

К клинике поддиафрагмальных нарывов.

Ординатор А. А. Поляnceв.

Хотя к настоящему времени имеется значительное количество работ, посвященных вопросу о поддиафрагмальных нарывах, однако далеко не все стороны данного заболевания могут считаться еще вполне изученными.

Патогенез поддиафрагмальных нагноений, обычно возникающих вторично при наличии первичного фокуса в каком-либо из органов живота, имеет непосредственное отношение к весьма важному, в теоретическом и практическом отношениях, вопросу, о распространении инфекции в органах брюшной полости. Сложная симптомология данного заболевания, определяющая трудность диагностики, затрудняет в отдельных случаях своевременную хирургическую терапию. Указанные обстоятельства обуславливают необходимость накопления клинического опыта и оправдывают до сих пор опубликование относящихся сюда наблюдений, на что было указано Савковым на XVII съезде российских хирургов.

В Г. Х. к-ке Каз. мед. ин-та за последние годы было 6 случаев поддиафрагмальных нарывов, краткие истории болезни которых мы здесь приводим.

Случай 1. В-ой Г-ов, 25 л., кр-н, русский, поступил в к-ку 4/XII 30 г. с жалобами на затруднение дыхания, на боли в левом подреберье и подложечной области. В 1921 г.—брюшной тиф. В течение полугода страдает болями в подложечной области, изжогой и рвотой, которые наступают обычно после еды. Заболел внезапно 2 нед. тому назад, t—39,6°, пульс 112. Язык обложен. Дыхание учащенное, поверхностное. Перкуторно: притупление звука по l. axillar. ant. s. от 6 ребра

книзу на 4 поперечных пальца от реберной дуги, по l. scap. s.—книзу от 6 ребра, по l. scapul. s. книзу от 8 ребра; заглушение полудунного пространства Траубе. При аускультации: отсутствие дыхательных шумов в пределах тупости, ослабленное дыхание выше зоны притупления. В верхнем отделе левой половины живота—*défense musculaire*. Пальпация здесь резко болезненна, симптом Блюмберга—положителен. Перкуторно: притупленно-тимпанический звук в левом подреберьи. Лейкоцитарная формула: Sg—69%, St—23%, L—11%, Mп—1%. Рентгеноскопия: затемнение слева от 6 ребра до пупка; верхняя граница почти горизонтальна, диафрагма растянута, мало подвижна. При наблюдении до 11/XII 30 г.: 1° гектического типа, ознобы, поты, состояние остается тяжелым. 11/XII 30 г.—операция (проф. Боголюбов). Пункция в 9 межреберьи слева дала жидкий гной (в культуре—золотистый стафилококк). Под местной инфльтрационной анестезией (sol novocaini 1/4%) разрезом по краю левой реберной дуги вскрыта полость, из которой выделялся зловонный гной. Глубокая гнойная полость распространяется под диафрагму, вверх и влево; справа видна доля печени. В последующем течении ухудшение общего состояния б-го, пролежни в ягодичной области, нарастание сердечной слабости. 21/XII—кашель с большим количеством гнойной мокроты. 22/XII—*exitus letalis*.

Результаты вскрытия (проф. Васильев). Слева—плотное сращение плевральных листков вдоль позвоночника и нижней поверхности легкого с куполом диафрагмы. Нижняя доля легкого—плотна. Диафрагмальная поверхность легочной ткани, величиною с мандарин, представляет собою грязно расплывающуюся, дурнопахнущую массу; поверхность разреза нижней доли легкого желатинозного вида. Правое легкое не изменено. Брюшина в области селезенки—маркая, серо-грязного цвета. Сальник в большой своей массе приращен к левой доле печени и желудку. Капсула селезенки и подкапсулярный слой селезеночной паренхимы превращены в грязно-расплывающуюся массу. Малая кривизна и передняя поверхность желудка рубцово изменены и сращены с нижней поверхностью левой доли печени. Этот отдел желудка хрящевой плотности и со стороны слизистой оболочки представляет большую изъятую поверхность. Микроскопически: *carcin. ventric. simplex*.

Случай 2. В-ой К-ов, 41 г., поступил в Терапевтическую к-ку мед. ин-та с жалобами на общую слабость, тошноту, болезненную отрыжку, а также сильные боли в области желудка и левом боку, irradiирующие в поясницу и левую лопатку. Считает себя больным с мая м-ца с. г., когда после еды, минут через 30—40 стала появляться тошнота, иногда рвота. Кровь в рвоте и в испражнениях—отрицает. При исследовании желудочного сока—пониженное содержание HCl. В 1925 г.—плеврит, в 1927 г. TBC-pulm., в 1929 г.—воспаление седалищного нерва; болев гонореей. Пьет, курит. Объективно: резко пониженное питание, t—38,4°, нуль 88°. В подложечной области болезненность, здесь же *défense musculaire*; влево от средней линии—ограниченное выпячивание брюшной стенки, резко-болезненное при пальпации. Перкуторно: притупление в области припухания. Лейкоцитарная формула: Sg—58%, St—33%, J—3%, L—8%, Mп—1%, лейкоцитов 9920. Предположен гнойник печени. 3/VIII под местной инфльтрационной анестезией (sol novoc. 1/4%) д-ром Сызгановым вскрыт гнойник разрезом, проникающим через m-s rectus abd. sin. Выделилось до стакана густого гноя с резко-гнилостным запахом, желтушной окраски. Гнойная полость между передней поверхностью печени и диафрагмой. 14/VIII 6-ой выписался для амбулаторного лечения с небольшой грануляционной поверхностью и свищем в средней трети раны. 26/X 6-ной снова поступил в хир-ую к-ку. Объективно: края свища в области раны имеют вид грибовидного, очень плотного вала с распадом тканей. Перкуторно: округлость рубца—тупость, пальпация болезненна. 5/XI, под местной анестезией свищ немного расширен, из раны выделилось 2—3 столовых ложки серозно-желтой жидкости с каловым запахом и пузырьки газа. Повязка. 9/XI перевязка, в ране пищевая кашка. В последующем, из свища—обильное выделение желудочного содержимого. Рентгеноскопия: стойкие перетяжки в области тела желудка; наблюдается разрастание и распад плотного вала, придающего желудку форму несочных часов. Пилорическая часть резко деформирована; имеется дефект наполнения привратника, очертание которого носит неправильный зубчатый характер. Bulbus duodeni заполняется очень медленно, через значительные промежутки времени. Клинически—картина рака желудка. 28/XI кровавая рвота и выделение крови через свищ; сделано переливание 300 к. с. цитратной крови. Через 5 дней повторно переливание такого же количества крови. В последующее время состояние

6-го резко ухудшилось. 26/XII в тяжелом состоянии 6-ной выписался по собственному желанию.

Случай 3. Тр-ий, 36 л., 22/III-28 г. доставлен в Г. Х. к-ку с жалобами на резкую боль в верхней части живота и отсутствие стула. Заболел 21/III вечером внезапно; болен малярией. Объективно: питание удовлетворительное, язык обложен. Мышцы передней брюшной стенки в дыхании не участвуют. Пальпаторно: живот сильно напряжен, болезнен. Симптом Блюмберга—положителен. Печеночная тупость észлажена. С предположительным диагнозом—перфоративная язва желудка, 6-ной взят на операционный стол (проф. Соколов). В брюшной полости—жидкость, фибрин. В препилорической части желудка язвенное перфоративное отверстие с поперечником в карандаш. Наложены швы и произведена задняя гастроэнтеростомия по Петерсену. Брюшная полость зашита наглухо. На 3 день температура стала повышаться. Озноб. Жалобы на боль в правом подреберьи и болезненный кашель. Пульс 80', удовлетворительного наполнения. Перкуторно: по I. axill. dextr. тупость с 8 ребра, переходящая в печеночную тупость. Пальпаторно: резкая болезненность правого подреберья, мышцы напряжены. К 9 дню обозначилось ясное выпячивание правого подреберья. Распознан поддиафрагмальный нарыв. 2/IV под местной инфилтративной анестезией (sol. novoc. 1/4 0/0) произведена операция разрезом, параллельным правой реберной дуги. Вскрыта гнойная полость величиною с кулак, располагающаяся между задней поверхностью печени и диафрагмой. Послеоперационное течение осложнилось тромбозом вен левой конечности. Заживление раны per granulationem. 3/VI выписан в удовлетворительном состоянии.

Случай 4. Б-ой М-н, 35 л., поступил в Терапевтическое отделение обл. сов. б-цы 1/X-32 г. с жалобами на боли в правой половине груди и правом подреберьи, на болезненный кашель, жар и сильную слабость. Заболел внезапно 25/IX, когда появились озноб, жар, острая боль в подреберьи. В январе и феврале 1925 г. была желтуха. Курит, пьет умеренно. Объективно: питание понижено, кожа сухая и горячая. Язык сильно обложен, t 38,9°, пульс 80'. Facies abdominalis. Речь вялая, слова выговаривает медленно. При дыхании падит правую половину грудной клетки. Со стороны легких перкуторно особых изменений не отмечается. При аускультации—ослабленное дыхание в нижнем отделе правого легкого. Со стороны сердца—глуховатые тоны. При дыхании—ослабление дыхательных экскурсий правого отдела живота, при пальпации эта область крайне болезненна, напряжена. Симптом Блюмберга положителен. Перкуторно: в правом подреберьи тупость на три поперечных пальца ниже реберной дуги. Стул задержан. Моча—следы уробилина, осадок—N. Лейкоцитарная формула: Sg—36%, St—34%, J—1,5%, Mп—5,5, Eos—1%, Rg—1%. 6/X жалобы те же. При аускультации правого легкого в передне-боковой поверхности—шум трения плевры. 14/X жалобы на затрудненное дыхание и сильную общую слабость. Определяется притупление звука справа ниже угла лопатки, здесь же резко ослабленное дыхание, в глубине влажные хрипы и шум трения плевры; притупление от реберной дуги распространяется кверху по передне-боковой стороне груди, достигая по I. mamill. d. до 4 ребра и спускаясь сбоку по I. mamill. до 8 ребра. Рентгеноскопия: затемнение справа от 4 ребра и ниже реберной дуги на 3 поперечных пальца, диафрагма сильно растянута, стоит конусообразно, в дыхательных экскурсиях участвует мало. Температура носит характер гектической кривой. С диагнозом поддиафрагмального нарыва 15/X 6-ой кладется на операционный стол, перед операцией (д-р Гулевич) производится пункция в правом подреберьи по I. mamill., получен гной. Под местной инфилтративной анестезией (sol. novoc. 1/4 0/0) разрезом, параллельным реберной дуге, вскрыта гнойная полость величиною с кулак взрослого. При обследовании полости палец оператора проникает (в глубине ее) в отверстие, имеющееся в диафрагме (?). Полость дренирована марлевыми тампонами. С 28/X состояние 6-го ухудшается. Кашель с гнойной мокротой (до стакана). 7/XI 6-ой вял, на вопросы отвечает односложно, иногда проявляет беспричинное беспокойство, бессонница. 12/XI у 6-го эпилептоидного типа припадки в течение нескольких минут. В последующие дни вяло реагируют на окружающее. 22/XI несколько припадков с потерей сознания. При консультации с невропатологом (д-р Молчанова) высказано предположение об абсцессе мозга в лобных долях. 23-24-25/XI бессознательное состояние, 26/XI 6-ой приходит в сознание, временами галлюцинации. 29/XI—exitus letalis.

Результаты вскрытия (проф. Васильев). Твердая мозговая оболочка напряжена, суховата: мягкая оболочка с сильно расширенными сосудами. Спереди полушария имеется абсцесс величиною со сливу с мемб. роуегениса. Еще 4 абсцесса приблизительно такого же размера имеются: 1) в белом веществе затылочной доли, 2 и 3) в правой лобной доли и 4) в области правого thalamus opticus, все абсцессы имеют выраженную мемб. роуегениса. Купол диафрагмы слева — на уровне 5 межреберья, справа — 4 межреберья. Плевральная полость справа, содержит до 100 к. с. жидкого гноя с примесью крови. Плевральные листки справа по заднему краю имеют плотные спайки. Нижний край правого легкого спаен с диафрагмой, край легкого в состоянии гангрены; через диафрагму имеется сообщение гангренного очага с печенью. Миндалевидные железы увеличены, в глубине содержат очаги желтоватого гноя. В брюшной полости до 300 к. с. прозрачной жидкости, соломенно-желтоватого цвета. Печень неправильного очертания, увеличена, сквозь капсулу просвечивают 6 беловатых узлов, при разрезе оказавшихся абсцессами, наполненными гноем; величина абсцесса колеблется от яблока до кулака; каждый из них имеет мемб. роуегениса. Один из абсцессов сообщается с поддиафрагмальным пространством, являясь, таким образом, поддиафрагмальным абсцессом. Желчный пузырь спавшийся, слизистая его не изменена. Селезенка равномерно увеличена.

Случай 5. Б-ой К-ов, 22 л., поступил в Г. Х. к-ку 19/III 33 г. с жалобами на ознобы и боль в правом подреберьи. Заболел 3 недели тому назад, когда ночью б-ой проснулся внезапно от появившейся резкой боли в правом подреберьи, сопровождающейся затруднением дыхания и вздутием живота. В 7-летнем возрасте — желтуха. Объективно: пониженное питание. Общее состояние тяжелое, $t=39,4^{\circ}$, пульс 106'. Язык обложен. Перкуторно: притупление справа по l. axill. d. от 7 межреберья к низу на 3 поперечных пальца от реберной дуги. Верхний отдел правой половины живота — в состоянии напряжения, которое наиболее резко выражено в правом подреберьи. Пальпация этой области резко болезненна. Лейкоцитарная формула: Sg—23%, St—52%, L—20%, Mп—2%, Eos—3%. Рентгеноскопия: купол диафрагмы приподнят, в дыхательных движениях участвует слабо, печень резко увеличена. Предположен абсцесс печени. 23/III под местной инфльтрационной анестезией (sol. novoc. $\frac{1}{4}\%$) д-ром Гулевичем разрезом, параллельным краю правой реберной дуги, вскрыта брюшная полость; пункцией в печень — добыт гной. Печень фиксирована к брюшине и термокаутером вскрыт гнойник, содержащий желтоватого цвета, с гнилостным запахом гной. В рану введена дренажная трубка. Повязка. В последующем отделении гноя уменьшилось. Общее состояние тяжелое. 4/IV при явлении сердечной слабости — б-ой умер.

Результаты вскрытия (проф. Васильев). Границы купола диафрагмы справа, из-за обильных сращений, точно определить не удалось; слева — в 5 межреберья. Правая плевральная полость содержит до 150 к. с. геморрагической жидкости. Плевральные листки не спаены. В средней доле правого легкого — уклоненный участок (в 20 коп. монету). На разрезе по всему легкому набухающие красные узелки, величиною до горошины. Пространство в брюшной полости между правой долей печени и диафрагмой — содержит осумкованный гнойник величиною с куриное яйцо с выраженной мемб. роуегениса. Второй гнойник расположен на передней поверхности правой доли печени, также с выраженной мемб. роуегениса, величиною с кулак, сообщаемой с хирургической раной. Желчный пузырь спаен с окружающими органами. Передний край печени притуплен. Паренхима дряблая, буро-красного цвета.

Случай 6. Б-ая Ф-на, 25 л. 1/XI 32 г. поступила в Г. Х. к-ку с жалобами на боли в правом подреберьи, появившиеся 3 недели тому назад. Боль усиливалась постепенно. В 1929 г. — малярия, имела 5 нормальных беременностей. Слева по l. axill. ant. на уровне 7 ребра тупость, которая продолжается вниз на два поперечных пальца ниже реберной дуги. Справа везикулярное дыхание. Левый реберный край выпячен. Пальпация брюшной стенки очень болезненна. Перкуторно: в левой верхней половине живота тупость. С. В л ю м б е р г а положителен. Мышцы в левом подреберьи напряжены 5/XI слева границы тупости увеличились, дыхание в пределах тупости ослабленное. t — не превышает $37,8^{\circ}$, давая ремиссии от 1° — $0,5$. Лейкоцитарная формула: Sg—64%, St—13%, L—19%, Mп—3%, Eos—1%. Лейкоцитов 9500, эритроцитов 3940000. Предположен левосторонний поддиафрагмальный абсцесс. 10/XI пробная субкостальная пункция, получен густой сливко-

образный гной. Под местной инфльтрационной анестезией (sol. novoc. 1/40%) разрезом, параллельным левой реберной дуги (д-ром Гулевиц), вскрыт гнойник величиною с кулак взрослого. Выделилось около стакана густого гноя. Послеоперационное течение протекало без осложнений. 4/XII выписана с небольшой, хорошо гранулирующей, раной.

Поддиафрагмальные абсцессы являются не частым заболеванием. Описанные 6 случаев наблюдались в к-ке за последние 6 лет на 8212 всех стационарных больных. В русской литературе описано около 520 случаев. Поддиафрагмальные абсцессы развиваются обычно вторично—при наличии первичного воспалительного фокуса в одном из органов живота или грудной полости. По классификации Fifield и Love они располагаются: 1) внебрюшинно: а) справа между диафрагмой и задне-верхним краем печени, б) слева, когда гной, скопившийся над верхним полюсом почки, распространяется кверху, отслаивая брюшину, покрывающую диафрагму. 2) Внутривнутрибрюшинно: а) между верхней и передней поверхностью печени и диафрагмой (передняя интраперитонеальная область), б) между желчным пузырем, верхней половиной правой почки, поперечно-ободочной кишкой и диафрагмой (задняя интраперитонеальная область), в) между левой долей печени, малым сальником, передней поверхностью печени (левая интраперитонеальная область), г) в bursa omentalis под малым сальником.

Внебрюшинные гнойники встречаются значительно реже внутривнутрибрюшинных; по данным Libich'a и Weber'a они встречаются в 2—3%, по Ricquand'у в 17%.

Частота возникновения поддиафрагмальных абсцессов при различных заболеваниях приводится в сборной таблице по материалам Ланга, Финкельштейна, Körte и Савкова.

Поддиафрагмальные абсцессы, возникшие вследствие заболевания органов	Ланг 176 случ.	Финкельштейн 252 случ.	Körte 60 случ.	Савков 20 случ.	Всего
1. Желудок с 12 п. к.	52	67	10	3	132
2. Саесит с appendix'ом	26	45	27	2	100
3. Печень с желчн. пузырь. . . .	26	23	5	3	57
4. Вследств. заболев. кишек . . .	15	27	—	—	42
5. Почка с околопоч. клетч. . . .	3	5	4	3	15
6. Селезенка	6	—	5	1	12
7. Органы грудн. полости	6	6	—	1	13
8. Женские полов. органы	4	5	—	—	9
9. Травма	11	23	—	—	34
10. Бугорчатка	3	10	—	—	13
11. Метастазы	—	11	—	—	11
12. Неопределен. причины	24	30	9	7	70
Всего					508

Таблица показывает, что болезни желудка, 12-п. к. и слепой кишки с червеобразным отростком являются наиболее частой причиной возникновения поддиафрагмальных абсцессов. Относительно реже нарывы воз-

выкают при заболеваниях печени, желчного пузыря, кишечника и др. органов в нисходящем порядке по указанной таблице.

Среди наших случаев в I и II случ. поддиафр. абсцессы возникли вследствие распада раковой язвы, в III сл. — вследствие перфоративной язвы желудка. Интересным представляется по своему возникновению и клиническому течению случай IV. Случай этот патолого-анатомически характеризуется множественными абсцессами головного мозга и печени. Один из абсцессов печени распространился в поддиафрагмальное пространство справа, что и нашло себе выражение в клинической картине поддиафрагм. абсцесса. V случай также развился вследствие абсцесса печени, но при жизни не был распознан. В VI случае первичное поражение органа установить не удалось.

Способы развития поддиафрагмальных абсцессов различны, в зависимости от локализации первичного исходного воспалительного очага. Наряду с теми случаями, когда поддиафрагмальный абсцесс развился из первичного очага в верхнем отделе живота, наблюдаются случаи развития абсцессов при патологическом изменении органов нижнего отдела живота и таза. Последние случаи интересны с точки зрения распространения инфекции в поддиафрагмальное пространство. Ряд авторов (Muscatello, Вугон, Robinson и др.) обращает внимание на значение диафрагмы для центрипетального движения лимфы из органов живота. Присасывающее действие дыхательных движений диафрагмы сравнивается с действием насоса, который обуславливает, в некоторых случаях, продвижение инфекции с лимфой из органов нижнего отдела живота в поддиафрагмальное пространство. Кроме того, продвижение инфекции связано с перистальтикой кишек (возможно поступательное движение инфекции в восходящем направлении по стенке перистальтирующих тонких и толстых кишек).

Внебрюшинные п. абсцессы возникают при воспалительных гнойных заболеваниях органов, находящихся в близком контакте с забрюшинной клетчаткой, как-то: при некоторых видах положения appendix'a, чаще же при воспалительном заболевании околопочечной клетчатки.

Патолого-анатомически поддиафрагмальные абсцессы характеризуются многообразием встречающихся изменений в органах. Эти изменения обуславливаются в каждом отдельном случае комплексом факторов. Большое значение при этом принадлежит первичной инфекции, в результате которой развился поддиафрагмальный абсцесс. В этом отношении наиболее показательным является случай 2, в котором поддиафрагмальный абсцесс развился на почве перфорации раковой язвы желудка. Агрессивный рост новообразования, проросшего в переднюю брюшную стенку, придает этому случаю специфические патолого-анатомические особенности.

Гнойные полости поддиафрагмального абсцесса колеблются от размеров лесного ореха до больших гнойников, заполняющих все поддиафрагмальное пространство. Распространение гноя в другую половину живота препятствует, по мнению Maudl'я, выпуклость позвоночника, однако описаны случаи и двухстороннего расположения поддиафрагмальных гнойников.

Локализация развивающегося гнойника, как уже отмечалось, может быть различной. В зависимости от этого, а также от характера первичного фокуса, наблюдаются различные изменения в смежных органах.

Очень существенным моментом нужно считать встречающиеся изменения диафрагмы. Они постоянны и по существу своему могут представлять собой явления прогрессивного и регрессивного характера, свойственные воспалительному процессу. Выражением наиболее резкой степени деструктивных изменений является нарушение анатомической целостности купола диафрагмы, как это было в случ. IV. В случаях 1 и 4 при вскрытии отмечено омертвление легочной ткани. Наличие серозных поверхностей на диафрагме обуславливает развитие пластических процессов в смежных областях грудной и брюшной полостей.

Перфоративные процессы играют значительную роль в этиологии поддиафрагмальных абсцессов. Известно, что анатомио-физиологические свойства брюшины определяют характер развития процесса в том случае, если инфекция попадет в брюшную полость. Пластические свойства брюшины, обуславливающие осумковывание внутрибрюшинных абсцессов, играют роль и в развитии поддиафрагмальных гнойников.

Что касается распознавания поддиафрагмальных нарывов, то трудно установить точные клинические данные для диагностики их, т. к. совместно существующие поражения других органов, а иногда небольшая величина нарыва, отступающая в общей картине болезни на задний план, дают нередко довольно пеструю смесь симптомов и каждый отдельный случай требует тщательной оценки всех имеющихся клинических данных. В далеко зашедших случаях наличие выпячивания правого или левого подреберья делает распознавание нарыва не трудным. Но здесь, как и во многих случаях, важно раннее распознавание, ибо от этого зависит жизнь больного. Начало заболевания редко развивается медленно, чаще бурно, внезапно, с температурой гектического типа, сильными болями в подложечной области, иррадирующими в лопатку. Острое начало отмечалось в большинстве наших случаев. Признаки воспаления брюшины и плевры имели в клинической картине доминирующее значение. Характерен сухой, отрывистый кашель, возникающий от воспаления плевры, покрывающей диафрагму.

В 1922 г. Яуре указал в наблюдавшихся им 4 случаях поддиафрагмальных нарывов перкуторное баллотирование печени. Сотрясение грудной клетки и легочной ткани, получающееся при перкуссии, особенно резко передается при поддиафрагмальных нарывах и может быть ощущаемо рукою, наложенной на правое подреберье. Нами этот симптом проверялся, но полученные данные настолько непостоянны, что признак этот с трудом можно поставить в число вспомогательных.

Наиболее ценным является костальный симптом (С. Крюкова), заключающийся в давлении на реберную дугу, причем на больной стороне возникает боль. Этот признак является одним из самых ранних и отмечается у наших больных.

Важное диагностическое значение имеют данные перкуссии. Верхняя граница перкуторной тупости имеет вид выпуклой линии с высшей точкой на передне-боковой или боковой стенке груди, затем спускается отлого к позвоночнику и более круго к груди. Притушение в наших случаях доходило спереди до 4—5 ребра, а сзади до угла лопатки. Сердечная тупость не изменяется или незначительно смещается в здоровую сторону и вверх. При изменении положения больного перкуторные данные не изменяются.

Если поддиафрагмальный нарыв содержит газ, то получается трехзонаное расположение перкуторного звука: внизу—тупость (гнойник), сверху—тимпанит, еще выше нормальный легочный звук. Присутствие газа и одновременный выпот в плевру разделяют пораженную сторону на 4 перкуторных пояса: тупой (гной), тимпанический (газ), тупой (выпот в плевру), легочный, при этом следует помнить, что слева тимпанический звук может быть получен от воздуха, находящегося в желудке.

Исследование крови является ценным методом для распознавания поддиафрагмальных абсцессов. Когда мало других объективных клинических данных для диагностики абсцесса, в это время уже имеется значительный лейкоцитоз (9000—12000), сдвиг влево по Шиллингу—нейтрофилия с повышенным содержанием палочкоядерных, до появления юных форм, что и отмечалось во всех наблюдаемых нами случаях.

Рентгеноскопия в некоторых случаях является решающим методом в диагностике поддиафрагмальных абсцессов. Рентгеновская картина довольно характерна: скопление гноя в поддиафрагмальном пространстве дает затемнение, высокое стояние диафрагмы, отсутствие дыхательных экскурсий вследствие паралича диафрагмы. При наличии газа в абсцессе заметно просветление в виде полулунного диска, а при одновременном плевральном выпоте имеем, соответственно положению гноя,—затемнение, выше на месте газа—просветление, затем снова затемнение от плеврального выпота.

Наши случаи убеждают в необходимости пользоваться рентгеноскопией, как обязательным методом, особенно в сомнительных случаях.

В качестве диагностического способа при поддиафрагмальных абсцессах применяется пробная пункция. Ввиду того, что пункция может дать гной при одновременном наличии гнояного плеврита и поддиафрагмального абсцесса, а также при абсцессе и нагноившемся эхинококке печени, то пункция имеет только относительное значение для определения локализации гнояника. Отмеченные в качестве диагностического признака респираторные движения иглы еще не решают вопроса правильной диагностики, т. к., при наличии гнояника, диафрагма парализована и в респираторных движениях участвует слабо. При такой относительной ценности пункции пробный прокол должен предшествовать только операции. Это особенно важно при незарощении *sinus frenico-costalis*, когда отверстие от сделанной пункции может служить входными воротами для инфицирования плевры. В наших случаях применялась пункция *непосредственно перед операцией*, где она имеет очень большое значение: получив гной путем пробной пункции—не вынимать иглу, но, руководствуясь иглой, как показателем пути к гноянику, сейчас же приступить к вскрытию гнояника.

Итак все диагностические признаки представляют только относительную ценность, а поэтому они требуют тщательного учета для правильного и своевременного диагноза.

В хирургической терапии поддиафрагмальных абсцессов, в зависимости от расположения субд. абсцесса, применяются три главных типа операций: 1) трансплевральная лапаротомия (с резекцией 9—10 реб., вскрытием плевры и диафрагмы—двухмоментно или одномоментно—с подшиванием диафрагмы к париетальной плевре при отсутствии сращений),

2) разрез через переднюю брюшную стенку (субкостальный разрез) и 3) поясничный разрез.

Рекомендовать один какой-нибудь способ невозможно. Выбор его зависит от расположения гнойника. В приводимых нами случаях операция выполнялась трансабдоминально.

Последующее лечение заключается в тщательном дренировании гнойной полости, обеспечивающем свободный отток гноя.

Исход поддиафрагмальных нарывов, предоставленных собственному течению, крайне неблагоприятен. Показания к оперативному вмешательству—абсолютны. Они диктуются цифрами смертности в неоперированных случаях, а именно: Orzос указывает 95%, Osсwood—до 100% смертности. Для оперированных случаев смертность вдвое ниже, по Maудl'ю 47,2%, по Körte—35,6% и по Финкельштейну—55,5%.

Литература. 1) Ланг Поддиафрагмальные нарывы. Диссерт. 1895 г.—2) Финкельштейн. К патолог. и терап. поддиафр. абсцес. Диссерт. 1897 г.—3) Трофимов. Поддиафр. нарывы. Вест. хир. и п. обл., т. III, кн. 8.—4) Труды XVII съезда рос. хир., стр. 400, 1927 г.—5) Fifield und Love. Рефер. по Нов. хир. арх., т. 13, кн. 3, 1927 г.—6) Orzос. Видоизменение чрезплеврального вскрытия поддиафрагмальных абсцессов. Нов. хир. арх., т. 13, кн. 3, 1927 г.—7) Цимхес. К распознав. и патологии поддиафр. нагр. эхинококков. Каз. мед. ж. 1928 г., № 2.—8) Ваза. Нов. хир. арх., т. 7, кн. 8.—9) Бессмертные. К патолог. и к-ке поддиафр. нарыв. Н. Х. А., т. 15, кн. 4.—10) Савков. К вопросу о поддиафр. нарыв. Н. Х. А., т. 12, кн. 46. 1927 г.—11) Гроссман. Случай поддиафр. нарыв. Н. Х. А., т. 7, кн. 2.—12) O'Brien. Z. Organ. Bd 46, N. 6, 1929 г.—13) Russel. Z. Organ. Bd. 47, N. 12. 1929 г.—14) Kirschner und Nordman. Chirurgie.—15) Соколов. Н. В. Неотложн. хир. под ред. Боголюбова. Стр. 182, 1931 г.

Из родильного отделения Киевской клинической Октябрьской больницы.
Зав. д-р. В. А. Хатуnceв.

О мотивах обращения к подпольному аборту.

Д-р М. И. Магид.

Легализация аборта, как известно, вызвала значительное уменьшение числа подпольных абортов. Однако, в скромных размерах подпольный аборт продолжает существовать и до настоящего времени, за что говорит, хотя и резко павшая, но все еще существующая смертность от сепсиса при неполном аборте.

Разумеется, следует стремиться к 100%-му извлечению аборта из подполья. Для этого необходимо изучить те источники, которые питают подпольный аборт. Мы имеем огромное количество работ, изучающих легальный аборт, работы же, посвященные подпольному аборту, насчитываются единицами. Судить о полном аборте на основании неполного аборта разумеется, нельзя, так как у нас, благодаря легализации, большинство неполных абортов—спонтанные (Магид, Казанск. Мед. Ж. 1930, № 10).