

Врожденная грыжа на почве пороков развития диафрагмы: наличие прирожденного отверстия, недоразвитие мышц или отсутствия диафрагмы (Rydingier) — встречаются нередко; по Grosser'у из 433 случаев грыж — врожденных 252. Но на практике несравненно чаще встречается травматического происхождения грыжи. Несмотря на довольно определенные субъективные данные и типичный для диафрагмы, грыж объективный симптомокомплекс (Рентген), последние, по данным всех авторов, трудно диагностируются и являются подчас случайной находкой при оперативном вмешательстве или на секции.

Облегчается диагностика при ущемлениях (постоянная угроза этих грыж — это внутреннее ущемление), но мы в этот период порой оказываемся бессильными помочь больным: % смертности после операц. при ущемленных д-грыжах 77% по Vauhingier'у.

Из хирургического отделения Мензелинской нарбольницы (Зав. больницей и хирургич. отд. д-р И. Ф. Харитонов).

К казуистике наружного сечения пищевода при инородных телах.

Д-р И. Ф. Харитонova.

По вопросу о методах удаления инородных тел из пищевода в настоящее время не может быть двух мнений. Лучшим способом является извлечение посредством эзофагоскопа. Но в то же время встречаются случаи, когда даже в руках опытных специалистов эзофагоскоп не оправдывает возлагаемых на него надежд. Так, в клинике Гаккера в 10% всех случаев извлечения инородных тел из пищевода были принуждены прибегнуть к кровавому вмешательству, в клинике проф. Волчек в 23%, по статистике Schlemmer'a на 508 сл. извлечения инородных тел в 16 случаях (3,2%) потребовалось оперативное удаление, по Saenger'u на 61 случай 3 раза (5%). Причиной, заставляющей отказаться от применения эзофагоскопа, является запущенность случая, когда отечная, набухшая слизистая оболочка пищевода, ограничивая поле зрения эзофагоскопа, таит опасность разрыва. При перизофагеальной флегмоне, абсцессе наружное сечение пищевода преследует не только цель извлечения инородного тела, но является и лечебным вмешательством, давая широкий сток гноя из медиастинального пространства. В условиях нашей действительности (отсутствие эзофагоскопов, специалистов) наружное сечение пищевода часто является единственно надежным и безопасным способом извлечения инородных тел из пищевода и при условии ранней операции.

В наших двух случаях операция произведена по поводу застревания костей.

1-й случай. Больной 38 лет, крестьянин, кришан, поступил в хирургическое отделение Мензелинской больницы 2-го января 1930 года. Накануне, во время еды, подавился костью. Жалуется на невозможность проглатывания пищи. Больной правильного телосложения. Сердце и легкие в норме. Пульс 80. Температура нормальна. Мягкий резиновый зонд останавливается на расстоянии 25 см. от передних зубов. 3/1 операция под местной анестезией 1/2% раствором новокаина. В пищевод для ориентировки введен резиновый желудочный зонд. Разрез слева по внутреннему краю m. sterno-cleido-mastoidei. Пищевод взят на 2 лигатуры и между ними вскрыт. Пальцем, введенным через разрез пищевода, нащупано инородное тело — кость, захвачено введенным по пальцу корнцангом и удалено. Кость представляет собой осколок лопатки гуси треугольной формы с острыми концами. На рану пищевода наложены несколько катгутовых швов. В наружную рану вставлен тампон. После операции больному придано положение по Фовлеру с приподнятым ножным концом кровати. 4/1 тампон удален. Питательные клизмы и капельные per rectum. 6/1 больной пьет сладкий чай и молоко. 7/1 больному дава жидкая каша. Рана заживает гладко. Выписан 22 января 1930 г. с гранулирующей раной. Являлся через 2 месяца. Прохождение пищи свободное. На месте раны рубец.

2-й случай. Больной 24 л., крестьянин, татарин, поступил в хирургическое отделение Мензелинской больницы 15 февраля 1930 г. Подавился говяжьей костью 3 дня тому назад. Жалуется на невозможность проглатывания пищи. Больной правильного телосложения. Сердце и легкие в норме. Температура 39,2. Мягкий резиновый зонд останавливается на расстоянии 25 см. от передних зубов.

16/II операция под местной анестезией 1/2% раствором новокаина. В пищевод введен резиновый зонд. Разрез слева по внутреннему краю *m. sterno-cleido-mastoidei*. Пищевод взят на 2 лигатуры и между ними вскрыт. Пальцем, введенным через разрез пищевода, нащупано инородное тело—кость—и удалено введенным по пальцу корнцангом. Пищевод закрыт несколькими катгуттовыми швами. В рану введен тампон. Удаленная кость—острый осколок трубчатой кости гуся. Послеоперационное ведение больного как и в первом случае. На 5-й день образовался свищ, пропускающий жидкую пищу. На третьей неделе свищ закрылся. Больной выписан 5/III с гранулирующей раной.

Из Кандаратской участковой больницы Ульяновского округа.

Случай гипоспадии у новорожденного.

Врача В. Вадоеского.

20/XI 29 г. в Б. Кандаратской больнице родился ребенок, пол которого трудно было определить. Перейду к описанию этого случая. У многоплодной женщины, имевшей вполне нормальных детей, родился доношенный ребенок, весом 3230,0, длиной 50 сант. Грудные железы у новорожденного выдаются над окружающей поверхностью, наощупь они—больше лесного ореха, при надавливании из них выделяется беловатая жидкость. Наружные половые органы неопределенного пола. На промежности, в области половых органов, имеются две большие кожные складки, своим положением и видом напоминающие большие половые губы. Эти складки продолжают параллельно друг другу к анальному отверстию и, немного не доходя до anus'a, сглаживаются. Они выстоят приблизительно на 0,5 сантиметра, разделяются друг от друга глубокой бороздой и имеют обычные кожные покровы, не свойственные для мошонки. Малых губ нет. Спереди кожные складки сходятся и в этом месте расположено образование, похожее на penis. Penis этот представляется крючковидно изогнутым книзу; нижняя его сторона и обе боковые—срослись с кожными складками, головка penis'a частично открыта. Дальнейшее открытие головки невозможно, т. е. praecursum оказался сросшимся с нею. Мочевыпускательного канала на его обычном месте нет. На головке penis'a имеется небольшое оканчивающееся слено углубленьце, в несколько миллиметров глубиной. По бокам этого углубленьца расположены два бугорка, величиной с булавочную головку каждый. Отверстие мочеиспускательного канала лежит ниже корня penis'a в глубине борозды, разделяющей вышеупомянутые кожные складки, и отстоит от корня penis'a на 0,5—0,75 сантиметра. Ребенок мочится. Анальное отверстие нормально. Яичек прощупать не удалось ни в кожных складках, расположенных на месте мошонки, ни в паховом канале. Данный случай должен быть отнесен к порокам развития половых органов и может быть истолкован как случай гипоспадии с крипторхизмом.

По данным Reichel'я чем дальше кзади открывается устье мочеиспускательного канала, тем более раннего происхождения гипоспадия; образование промежностной гипоспадии Reichel относит к 6—7 неделе утробной жизни.

Из акуш.-гинекологического отделения Житомирской 1 рабочей поликлиники.

Случай атрезии в цервикальном канале post conceptionem.

Зав. отд. Б. М. Каминского.

Атрезии цервикального канала нередки. По своему происхождению они бывают врожденные, крайне редко встречающиеся, и приобретенные—более частые. Причины последних очень разнообразны. Приобретенные атрезии цервикального канала могут развиваться после операций, как-то: после пластических операций на шейке (*Euthet'a*, *discisio colli*, *amputatio colli* и т. под.), после влагалитчного кесарского сечения, после удаления полипов шейки, после тяжелых родов со щипцами, после *abrasio uteri*, сопровождающегося глубоким соскабливанием слизистой