

Д. Кузнецкій. *Рѣдкій случай колоторъзаной раны.*

Описываемый авторомъ случай интересенъ по нѣкоторымъ осложненіямъ, какими сопровождалось раненіе, и по прекрасному исходу, несмотря на тяжесть раненія и осложнений. Больной получилъ рану соответственно 7-му ребру на передней подмышечной линіи. При изслѣдованіи 7 ребро и 6 межреберье оказалось разрѣзанными, изъ раны выступаетъ (при выдыханіи) мутная съ кислымъ запахомъ жидкость; выслушивание лѣваго легкаго обнаруживаетъ отсутствіе дыхательныхъ шумовъ. Въ окружности раны подкожная эмфизема. При операціи (черезъ 22 часа послѣ раненія)—по изсѣченіи 8 см. 7-го ребра, полость плевры, откуда вытекло много вонючей, грязной жидкости, промыта горячимъ растворомъ хлористаго натра. На рану наложены швы, а въ полость введенъ тампонъ. Въ діафрагмѣ оказалась рана, длиною въ 3 см., которая зашита со стороны плевральной полости. Брюшная стѣнка вскрыта по наружному краю т. recti; въ полости оказалась та же жидкость. На лицо всѣ признаки перитонита. Рана желудка (около выхода), длиною въ 2 см. зашита двухъэтажнымъ швомъ; перитонеальная полость промыта, и рана зашита наглухо.—Со стороны брюшной полости (хотя рана заживала съ нагноеніемъ) исходъ операціи оказался удачнымъ,—всѣ явленія начинающагося перитонита быстро стихли, повидимому, безъ послѣдующихъ срощеній, такъ какъ у больного не было впослѣдствіи ни болей, ни запоровъ. Успѣхомъ этимъ, по автору, онъ всецѣло обязанъ энергичному промыванію хлористымъ натромъ, раннему примѣненію слабительныхъ и клизмъ. Со стороны плевральной полости дѣло шло не такъ гладко. Появился гнойный плевритъ задержавшій расправленіе легкаго что потребовало резекціи 4-хъ реберъ. Не смотря на это, полость плевры спалась лишь черезъ 4 слишкомъ мѣсяца. Но этимъ не окончилось леченіе. Присоединившійся каріозный процессъ въ хрящахъ и ребрахъ заставилъ сдѣлать больному еще 4 операціи, такъ что леченіе затянулось на пѣтый годъ. Не смотря на все, былъ достигнутъ полный успѣхъ,—больной получилъ полную возможность работать.

Л. Флеровъ. *Случай заживленія прободенной кишки подъ зажимающими пинцетами Рёан'а (ущемленная грыжа).*

При операціи по поводу ущемленной паховой грыжи, инкарцерированная петля тонкой кишки, найденная въ весьма дурномъ состояніи (матовая поверхность, явленія застоя, начальные участки гангрены), при манипуляціяхъ для отдѣленія срощеній ея съ грыжевымъ мѣшкомъ, прорвалась. Избѣгая первичной резекціи кишки при ущемленіяхъ, авторъ наложилъ на отверстіе два Рёан'овскихъ пинцета, и

съ ними кишки оставлена была внѣ брюшины подъ антисептической повязкой. Уже на слѣдующій день кишка приняла болѣе хорошій цвѣтъ, Реан'ы сняты, отверстіе затянулось. Черезъ 12 дней кишка настолько хороша, что сдѣлано вправленіе. Больной скоро выпиcался совершенно здоровымъ.

Прив.-доц. Н. И. Напалковъ. *Наложеніе кишечнаго пище-
пного свища при ракъ желудка.*

Обзоръ литературнаго матеріала (81 случай) и собственные наблюденія автора (3 исторіи болѣзни) заставляютъ его, не согласиться съ мнѣніемъ Mikulicz'a, будто наложеніе кишечнаго шва не освобождаетъ больного отъ страданій и только способно продлить ихъ. Въ большинствѣ литературныхъ данныхъ и въ двухъ изъ принадлежащихъ автору случаевъ констатировано несомнѣнное улучшеніе общаго состоянія больного и устраненіе мѣстныхъ припадковъ со стороны желудка.—Что касается показаній къ наложенію свища, то, по автору, онъ примѣнилъ какъ при раковыхъ пораженіяхъ, такъ и при другихъ заболѣваніяхъ желудка въ тѣхъ случаяхъ, когда, благодаря тѣмъ или инымъ условіямъ, не можетъ быть сдѣлана гастростомія или гастроэнтеростомія. Таковы: сильное распространеніе новообразованія по желудочной стѣнкѣ, обильное кровотеченіе изъ распадающейся опухоли; сморщиваніе стѣнки желудка; значительное растяженіе съ атрофіей мышечнаго слоя; обширныя сращения желудка и кишокъ. Невыгодная сторона энтеростоміи заключается въ устраненіи желудка изъ пищеваренія, но это обстоятельство не должно останавливать хирурга, потому что вопросъ о перевариваніи и усвоеніи безъ участія желудка въ настоящее время рѣшенъ утвердительно какъ работами физиологовъ, такъ и клиническими наблюденіями. Необходимо слѣдить лишь за легкимъ поступленіемъ въ отводящій отдѣлъ кишечника желчи и панкреатическаго сока.—Оперативная техника энтеростоміи дов. разнообразна. Кишечный свищъ накладывался какъ на duodenum (в. рѣдко), такъ по большей части на jejunum. Принято брать тонкую кишку на разстояніи 20—30 см. отъ duodenum. Существуетъ нѣсколько способовъ энтеростоміи. Боковой свищъ, накладываемый по одно-моментному способу, часто грозитъ загрязненіемъ брюшины; двумоментный способъ не удовлетворяетъ цѣли наложенія—быстро начать питаніе больного. Оба способа имѣютъ и общій недостатокъ—истеченіе въ рану содержимаго верхняго отдѣла кишки. За способомъ Albert'a остается недостатокъ двумоментной операци. Методъ Maydl'a также не устраняетъ иногда истеченія кишечнаго содержимаго. Предложеніе Witzel'a накладывать косой каналъ получило наибольшее распространеніе, и этому принципу слѣдуетъ большинство хирурговъ при гастро и энтеростоміи. Важно при этомъ одно