

выяснилось из расспроса дежурного персонала, у больной все время была рвота, она жаловалась на головную боль. Если бы здесь было внутреннее кровотечение, то при таком тяжелом состоянии больной были бы налицо признаки присутствия в брюшной полости большого количества жидкости. Между тем, живот был мягкий, впалый, пальпация его почти безболезненна, при перкуссии во всех отделах живота—кишечный тимпанический тон.

Однако, больная была почти в агонии, впрыскивания сердечных средств никакого заметного улучшения не давали. Поэтому я решил применить переливание крови, как *ultimum refugium*.

От донора 1 группы, после предварительной пробы на совместимость по Клеменсу, была взята цитратным способом кровь в количестве 350 г и после прибавления 400,0 физиологическ. раствора перелита больной.

К концу переливания у больной появился пульс в лучевой артерии, больная порозовела. Улучшение состояния больной было стойким, пульс в течение ночи пришел к норме.

В послеоперационном периоде у больной в течение нескольких дней была упорная рвота и сильные головные боли, которые стихли только через две недели после операции. Больная была выписана 20/VI в хорошем состоянии, заживление раны рег. grām.

У меня создалось впечатление, что без применения переливания крови, наступил бы летальный исход.

Из хирургического отделения Ардатовской районной больницы Мордовской АССР.

Случай ущемления дивертикула Meskel'я в паховой грыже.

В. Е. Родионов.

Ductus omphalo-mesentericus — орган внутриутробной жизни человека. При нормальном развитии организма он остается к концу внутриутробной жизни в виде незначительных следов на соответствующем отделе кишечника. Как аномалия развития кишечника, остаток этого протока встречается нередко в виде более или менее развитого образования (дивертикула Meskel'я).

Еще реже наблюдается ущемление дивертикула в грыже. Привожу наш случай ущемленной грыжи, содержавшей дивертикул.

В хирургическое отделение Ардатовской райбольницы 12/IV 1935 г. доставлен мальчик Е-н, 8 лет, с явлениями ущемленной паховой грыжи. Из расспросов матери больного усмотрено: мальчик страдал врожденной паховой грыжей. Около суток тому назад у мальчика внезапно появилась резкая боль в грыже, сопровождавшаяся неоднократной рвотой. В день заболевания был дважды нормальный стул. Из села, расположенного в 4 км от больницы, мальчик шел пешком.

При объективном исследовании обнаружено: в области пахового кольца с правой стороны имеется продолговатой формы опухоль, величиной с грецкий орех, и отечность правой половины мошонки. При пальпации—опухоль туго эластической консистенции, болезненна. Напряжение обеих прямых мышц живота. Небольшой метеоризм. Пульс хорошего наполнения, ритмичный. Т-ра нормальна. В сердце, легких—ничего патологического.

Диагноз: ущемленная, правосторонняя паховая грыжа. Экстремная операция под общим эфирным наркозом. Разрез, типичный для грыжесечения. По вскрытии грыжевого мешка выделилось небольшое количество мутноватой жидкости. Рас-

сечено грыжевое кольцо (наружное отверстие пахового канала). Из грыжевого мешка извлечен свободный отросток длиной и шириной с указательный палец взрослого, отходящий от свободного края тонкой кишки. Место отхождения его от кишки расположено на 25—30 см выше Баугиньевой заслонки. У основания отростка странгуляционная борозда, резко выраженная венозная гиперемия стенки с точечными кровоизлияниями в области странгуляционной борозды. Петля кишки, извлеченная потягиванием за отросток, — нормальна. Произведена резекция отростка (дивертикул Мескел'я) у основания его, с последующим ушиванием стенки кишки в поперечном направлении двухэтажным швом. Паховый канал ушит по способу Жирара в модификации Кимбаровского. Послеоперационный период прошел без осложнений; больной выписался на 9-й день.

Интерес описываемого случая в следующем: 1) редкость изолированного ущемления дивертикула Мескел'я в паховой грыже; 2) особенная от грыжи клиническая картина ущемления дивертикула Мескел'я в смысле сглаженности симптомов.

Из здравобъединения судоремонтного завода им. Молотова Горьковского края (начальник д-р А. П. Семериков).

Благоприятное влияние малярии при неразрешающемся воспалении легких.

А. С. Громов.

Малярия, присоединяясь к тому или иному заболеванию, накладывает на него своеобразный отпечаток. Так, известно, что если больной туберкулезом заболевает еще и малярией, то легочный процесс будет протекать тяжелее. Иногда бывает и наоборот: долго длящаяся малярия, приводящая к кахексии, заканчивается туберкулезом. Далее известно, что целый ряд болезней, например, тиф, воспаление легких и др., осложненные присоединившейся малярией, протекают тяжелее.

По вопросу о влиянии малярии на затянувшуюся, неразрешающуюся пневмонию мы не встречали ни одной статьи, поэтому, несмотря на малочисленность нашего материала, нам хочется поделиться с читателями своими наблюдениями.

1. Кор. В. И., 24 лет, рабочий, ист. б. № 110. Заболевание началось 26/1 1935 г. Утром появился озноб, затем жар и головная боль, с чем и поступил в больницу 27/1 1935 г. Раньше болел тифом и малярией. Объективно: Дыхание затруднено. Общее состояние тяжелое. Сердце: тоны чистые, сокращения часты, ритмичны. Легкие: тупости не отмечается, слева и справа жесткое дыхание и хрипы. Кашель сухой.

Течение болезни: 27/1 темп. 39,7°, боль при дыхании, кашель, головная боль, 28 и 29/1: температура все время постоянная, в пределах 39—40°, 30/1 в левом боку появилась тупость. Дыхание бронхиальное. Язык обложен. Лечение: камфора, банки и отхаркивающие. 4/II процесс без изменений. Тупость еще больше. Язык сух. Температура все время 39,7—40,0°.

Рентген дал следующую картину: „Затемнение всего левого легкого, за исключением нижнего краешка; частичное затемнение правого легкого“.

5/II температура 38,7—38,9°. Ночью бредил. Откашливается плохо. 6/II темп. 38,2—38,6°. 7/II то же. По всем легочным полям хрипы. Ночью потел. 8/II утром темп. 37,7°, но состояние тяжелое: цианоз, одышка. Больной всю ночь бредил, пытался бежать. 9/II темп. 38,0—38,5°. Потел. Бронхиальное дыхание и в правом