

артерии, проходящей в каверне, оказалась разрушенной, вследствие чего наступило кровотечение; каверна была заполнена кровяными сгустками. Такими же кровяными сгустками был заполнен открытый в нее крупный бронх. Кроме того, имелся нодозный тbc левого легкого и верхней доли правого легкого. Ограниченный хронический слипчивый правосторонний плеврит. Бронхи обоих легких содержали пенистую густую красную массу. Казеозный тbc с размягчением медиастинальных и бронхиальных желез. Гиперплазия мезентериальных желез отчасти с их казеозом. В полости живота имелось около 250 к. с. желтоватой жидкости. Брюшина лишь в верхней части была покрыта узелками и фибринозными наслоениями. Нодозный тbc печени и фибринозный перигепатит. Хронический милиарный туберкулез селезенки. Хронический слипчивый периспленит. Туберкулезные бугорки, частью изъятые, имелись в нижней части подвздошной кишки, милиарные бугорки в почках.

Из Хирургического отделения Наб.-Челнинской больницы Татреспублики.

Случай сочетанного ранения сердца, легкого и диафрагмы ¹⁾.

Б. В. Огнева.

Вопросу о ранении сердца в сочетании с другими органами уделено достаточное внимание в современной литературе. Отмечено, что в некоторых случаях при поверхностном ранении сердца или даже одного перикарда смерть наступала от внутреннего кровотечения из других органов, раненых попутно: легкого, пищевода, селезенки, желудка, печени и т. п. Из 33-х случаев ранений перикарда, указанных в литературе и на основании работ Чугаева, Подобедовой, Иргера и Черняка, в 15 случаях смерть последовала от внутреннего кровотечения из других органов. Вот почему одновременное поверхностное ранение сердца, или ранение только одного перикарда попутно с другими органами может дать весьма путаную клиническую картину, в результате чего бывает большое затруднение поставить правильный диагноз и иметь достаточные обоснования для оперативного вмешательства на сердце.

Описываемый мною случай касается больного В. Г. 24 лет, татарина, доставленного дежурным фельдшером 26/VII 29 г. в 3 часа дня в Хирургическое отделение Наб.-Челнинской больницы. Из расспросов фельдшера и милиционера установлено, что пострадавший был ранен длинным кинжалом и на месте происшествия пролежал около 40 минут без всякой медицинской помощи, потеряв большое количество крови. Больной обескровлен, в сознании, на вопросы отвечает тихо, затрудненное дыхание, одышка. Пульс слабый—свыше 100 в 1', тоны сердца едва слышны, шумов не отмечено. Вся передняя поверхность грудной и брюшной стенок запачканы кровью, в области второго межреберья на 3 ст. кнутри от *lin. mamill. sup.* имеется косо расположенная линейная рана ст. 5 в длину с зияющими краями. Нарастающая слабость с резко-выраженной анемией были достаточным основанием заподозрить внутреннее кровотечение в грудную полость. Больному введено подкожно 2,0 ol. camphor. Под местной инфильтрационной анестезией 1/2% sol. novocaini сделан вниз и вправо дугообразный разрез от ниже-внутреннего конца раны с рассечением большой грудной мышцы, резецирован хрящ 3-го ребра; через полученное отверстие в достаточной степени можно было осмотреть как рану легкого, так и сердца. На передней поверхности левого легкого была обнаружена сильно кровоточащая рана, проникавшая на медиастинальную поверхность указанного органа с нарушением его передне-внутреннего края. На рану наложены два кетгутовых шва, захватывающих на большом протяжении паренхиму органа. В области перикарда с левой стороны обнаружена косо расположенная линейная рана см. 6 длиной с нарушением целостности левого диафрагмального нерва. Рана перикарда разведена помощником, кровь и сгустки из полости удалены; при попытке осмотреть сердце—больной стал вести себя весьма беспокойно, вследствие чего пришлось перейти на общий хлороформный наркоз. У больного быстро наступила остановка дыхания, рана закрыта и после применения искус-

¹⁾ Доложено в Хирургической секции при Общ. врачей Казанского университета с демонстрацией макро и микроскопических препаратов 14/IV 30 г.

ственного дыхания приступлено к осмотру сердца. На лево-задней поверхности последнего обнаружена весьма поверхностная ссадина см. 4 длиной и наложение швов на мой взгляд казалось излишним. Перикард был зашит кетгутowymi швами. Из грудной полости компрессами по возможности удалены кровь и сгустки и рана передней грудной стенки зашита послойно. Первые семь дней было незначительное повышение вечерней t^0 , на 8-й день сняты швы—заживление per primam intentionem. С 9-го дня t^0 стала постепенно повышаться, на 11-й день была сделана пункция левой плевральной полости, откуда извлечено около 450 куб. см. серозно-кровянистой жидкости. На 15-й день t^0 поднялась до 39,8. Вторичная пункция результатов не дала. Консультация терапевта д-ра И. И. Цветкова окончательно убедила меня в диагнозе общего сепсиса, что и подтвердилось на основании картины крови—резко выраженный нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево; дегенеративные формы нейтрофилов. На 20-й день больной умер. На вскрытии обнаружены наддиафрагмальный и внутри-легочный абсцессы с левой стороны, швы на левом легком, рубец перикарда, выраженный слипчивый фибринозный перикардит, поверхностный рубец в области сердца, рубец на pars tendinea диафрагмы и незначительный рубец между задней поверхностью печени и нижней полой веной. Для микроскопического исследования вырезана пластинка из стенки сердца в наиболее истонченной части. Мышечные волокна со слабо красящимися ядрами сохранились только под утолщенным эндокардом в виде тонкой циркулярной прослойки (до $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{4}$), кнаружи от которой они атрофированы или замещены соединительной тканью. Далее кнаружи имеется обширный дефект стенки, заполненный фибринозной массой, которая с обеих сторон окружена широкой полосой соединительной ткани и подвергается организации. В глубокой части дефекта фибринозные массы уплотнены, сморщены, вследствие чего образовались мощные гомогенные перекладки в пространствах, заполненных гомогенной массой. С одной стороны дефекта вся стенка хорошо сохранилась, с другой же часть мышц подверглась некрозу. Не разбирая подробно свой казуистический случай в связи с литературными данными, я позволю себе сослаться на капитальную работу „О ранах сердца и их лечение“ проф. Дженалидзе и на обзорную статью о современном состоянии хирургии сердца проф. В. Л. Боголюбова.

Из Терапевтического отделения Нолинской больницы. (Гор. Нолинск, Ниж. края).

Случай излечения столбняка ртутно-кварцевой лампой.

П. Г. Калугина.

При неимении противостолбнячной сыворотки столбняк в условиях участковой жизни—зачастую смертельное заболевание. Доктор Успенский из Тульмы Ярославской губернии (Клиническая медицина, № 15—16, 1927 года, стр. 852) применил при столбняке вливание раствора хлористого кальция и получил хорошие результаты. В Нолинской больнице мной наблюдался случай столбняка. Не имея противостолбнячной сыворотки под рукой (ее не было тогда ни в Вятке, ни в Нижнем-Новгороде), я пришел к мысли, нельзя ли здесь применить ртутно-кварцевую лампу, исходя из тех соображений, что под влиянием света ртутно-кварцевой лампы увеличивается в крови содержание кальция. Мной проделано у столбнячной больной 6 сеансов общего освещения ртутно-кварцевой лампой, и я получил здесь хорошие результаты—больная поправилась от этой тяжелой болезни. Случай этот демонстрировался мной в научном медицинском кружке города Нолинска.

Привожу историю болезни № 2339—1929 года в сокращенном виде. Работница фабрики валеной обуви «Пятиугольник» в городе Нолинске, 23 лет, девица, 16 сентября 1929 года во время работы ранила тыльную поверхность кисти правой руки зубцами шерсточесальной машины. Рана поверхностная в длину 5—6 сантиметров, в ширину 4—5 ст. Пролежав в хирургическом отделении больницы 3 дня, больная выписалась из больницы на амбулаторное лечение, которое продолжалось до 2-го октября 1929 г. 2-го октября 1929 года больная поступила в терапевтическое отделение больницы с явлениями тризма, сведения затылка, спинных мышц—опистотонус, нижние конечности судорожно вытянуты, правая рука