

чаев, которые по тяжести представлялись безнадежными—выздоровели; в 11 случаях была продлена жизнь. Davidson также делал переливание крови с успехом в тяжелых, почти безнадежных случаях. Это переливание должно быть сделано по возможности до появления шока. Если же шок развивается, оно должно быть повторено. Благодаря условиям местной работы, я в широких пределах не мог пользоваться переливанием, но в 3-х очень тяжелых случаях я все же его применил, в 2-х случаях с очень благоприятным результатом.

В целях борьбы с местной токсемией Davidson в 1925 г. предложил танин, как фиксирующее ядовитые вещества в обожженных тканях. Обожженная область должна быть возможно рано покрыта марлей, смоченной в 2½% свежеприготовленном водном растворе танина. Марля должна быть оставлена сутки или более, пока поверхность ожога не покроется буровой корочкой и не будет суха. Я это лечение танином проводил систематически и во всех случаях вынес от него очень благоприятное впечатление.

После этого ожог лечится открыто в теплом воздухе, подогреваемом электрическими лампами. Полезно орошение поверхности ожога теплым раствором борной кислоты, соды или физиологическим раствором.

Некоторые советуют применять гипертонические растворы с целью извлекать токсины в повязку. Так, Wilson применял раствор хлористого натрия и глицерина, а позднее насыщенный борный раствор, часто меняя повязки. Robertson и Boyd употребляют насыщенный раствор соды.

При лечении ожогов надо помнить, что ожог есть рана, а поэтому все антисептические и асептические требования должны быть соблюдены. Сильно антисептических надо избегать и лучше применять ирригации слабым раствором марганцево-кислого калия, борным или физиологическим. Пузыри должны быть вскрыты сбоку; эпидермис их должен быть сохранен как закрытие гранулирующей поверхности; гранулирующая поверхность перевязывается разного рода мазями, как-то: борной, ксероформной и др., а для устранения боли хорошо применять мазь с фенолом.

Более быстрая эпителизация на поверхности ожога происходит под парафином, который способствует образованию меньшего рубца. В последнее время Frist рекомендовал комбинацию желатины с формальдегидом, которая образует на поверхности ожога резиноподобное вещество. На больших поверхностях, где можно ожидать контрактур, как в подмышечной и подколенной ямках, приходится прибегать к пересадкам по Тиршу.

Из всего вышеизложенного я позволю себе сделать следующие выводы: распространенные ожоги (от 10% и больше поверхности тела) должны быть лечимы, прежде всего, от шока морфием, помещаемы в теплую среду, обильным применением жидкости и, где возможно, переливанием крови.

Повязка из марли, смоченная 2½% раствором танина, должна быть наложена возможно рано и оставлена в течение суток или более до получения дубления обожженной кожи, после чего лечение производится открыто в среде теплым воздухом, с применением орошений теплыми растворами борной кислоты или соды. В этой стадии показано назначение адреналина, обильное введение жидкости и повторное переливание крови. Когда струп отпадает, для облегчения эпителизации назначается повязка с мазями—борной и др.

Из Верхне-Хавской больницы Воронежск. окр.

Редкий случай конкремента в брюшной полости.

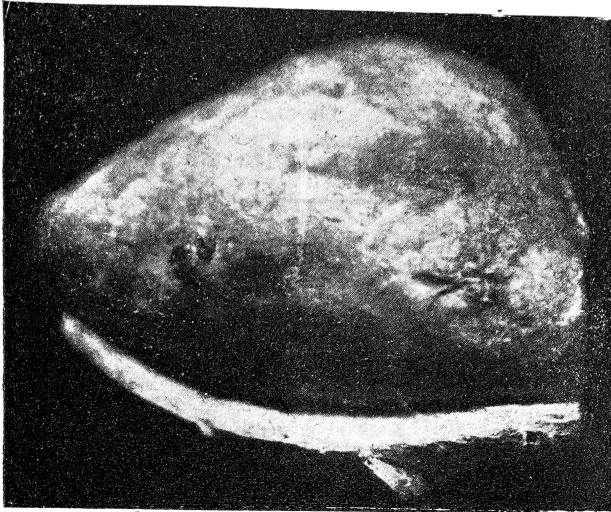
Д-ра М. Е. Седых.

(С 2 рис.).

При операции паховой грыжи мне пришлось натолкнуться в брюшной полости, близ внутреннего пахового канала на инкапсулированный конкремент величиною с гусиное яйцо (см. фотографии). Вследствие интереса случая сообщаю кратко историю болезни.

Л. Г., 50 л., крестьянин, поступил в больницу 30. I. 29 г. с правосторонней паховой грыжей. Больной—мужчина среднего роста, правильного телосложения, хорошего питания, ничем, по его словам, ранее не болел; о детских инфекциях

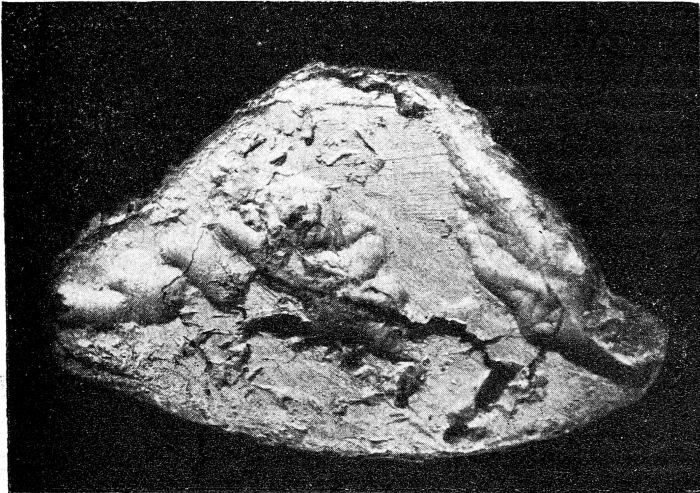
ничего не сообщает. Грыжа была им обнаружена три года назад. 31. I. 29—грыже-сечение под спинномозговой анестезией повосап'ом. По вскрытии грыжевого мешка, при исследовании брюшной полости пальцем был обнаружен конкремент, который был окружен спайками в виде тяжей длиной от 8—10 см. с близь находящейся стенкой брюшины у пахового канала. По отделении спаек конкремент



Общий вид.

был извлечен чрез паховое отверстие грыжевого мешка. Заживление рег ргмат. Больной выписан 10. II. 29 г.

Выделенный конкремент — белого цвета (как мел), весом 69,8 гр. Длинной 8 см., шириной 6 см., толщиной 4 см.; неправильной формы, напоминающей мор-



Распил.

скую раковину. При распиле в продольном направлении обнаружено следующее: в одной из половин конкремента имеется продолговатое жгутообразное вещество, окаменевшее, темно-коричневатого цвета, длиной 6 см. и в диаметре поперечного сечения $1\frac{1}{2}$ см. Вокруг этого вещества отложена известковая масса в $1\frac{1}{2}$ см. толщиной. Все пространство другой половины выполнено известковой массой

толщиной в 4 см. Для дальнейшего исследования конкремент направлен в патолого-анатомический институт Казанского государственного университета, где при гистологическом исследовании вещества жгутообразной массы обнаружена фиброзная ткань и следы жировой в виде сетки. Ясно выраженных жировых капель и эластических волокон не наблюдается.

Таким образом, повидимому, мы имели дело с салником, вероятно перекрутившимся, отшнуровавшимся, и вторично, как инородное тело, обызвестившимся.

В литературе известны случаи обызвестления инородных тел, напр., хирургического инструментария, оставленного в брюшной полости во время операции, ваты, тампонов, эхинококка, окаменение плода, умершего и остающегося долго в организме матери, напр., при внематочной беременности т. наз. lithopaedion и проч.

Что касается данного нашего случая, то в доступной нам литературе подобных случаев мы не нашли.

Из Маркштадтской б-цы А.С.С.Р. Немцев Поволжья.

Случай тромбоза брыжейки подвздошной кишки, излеченный резекцией.

Врача Т. А. Грасмин.

Больной Б., 34 лет, доставлен в Маркштадтскую больницу 21/XII 27 с сильнейшими болями внизу живота и рассказал следующее. В ночь с 18 на 19 декабря больной в компании пьянствовал, под утро у него вышла грыжа, на что он вначале не обратил внимания, грыжа выходила и раньше и спускалась в мошонку (была величиною с гусиное яйцо). В конце концов появились явления ущемления и сильные боли. Больной попытался сейчас же вправить грыжу, но она не вправлялась и он поехал домой за 50 верст. По дороге пациент производил опять, повидимому, весьма энергичные попытки вправления грыжи, которую в конце концов ему удалось вправить (часов через 6—7 после ее ущемления). Грыжа вправилась, с большим шумом, но боли не проходили. По приезде домой рвота стала реже, но боли стали сильнее, на следующее утро произвольный стул, прослабило в течение дня раз 5—6. Еще через сутки больной доставлен в б-цу. Тяжело больной на вид, он вошел в б-цу с чужой помощью; боли очень сильные вокруг пупка, в пояснице и внизу живота, рвоты больше нет, пульс частит, дыхание грудное. Живот вздут, напряжен, имеется правосторонняя пахово-мошоночная грыжа—пустая и не болезненная, грыжевые ворота расширены. При ощупывании резко выраженный defense musculaire, в особенности внизу живота; перкуторно и пальпаторно определяется ограниченный перитонеальный процесс на палец ниже пупка, влево притупление спускается к подвздошной ости, вправо спускается сначала книзу, но в области слепой кишки притупление поднималось кверху. При первоначальном осмотре диагноз склонялся в сторону ограниченного перитонита. Пульс частый, плохого наполнения. Вскоре больного прослабило несколько раз подряд, стул дегтеобразный с примесью крови. Все эти симптомы навели нас на мысль, что перед нами инфаркт кишки на почве бывшего ущемления или может быть тромбоза сосудов брыжейки. Операция через 64 часа после начала заболевания. Наркоз эфирно-атропин-морфий. Разрез ниже пупка. Когда дошли до брюшины, через брюшину просвечивала кровь; по вскрытии брюшины излилось значительное количество кровянистой жидкости без запаха и показалось несколько багрово-красных кишечных петель; в брюшной полости—сращения. Кровянистая жидкость удалена по возможности вся тампонами; извлечена большая кишка, причем спайки нарушены, на пристеночной брюшине толстые фибриновые наслоения. Извлеченная кишка оказалась нижним отрезком подвздошной кишки, багрово красного цвета, местами почти черная, отечная, местами покрыта отложениями фибрина; по снятии фибриновых налетов обнажена стенка кишки с омертвевшими участками с горошину, рассеянными по кишке. Брыжейка, прилежащая к кишке такого же цвета, припухшая, но у корня брыжейка имеет нормальный вид. В пораженных частях пульсации нет. Подвздошная кишка поражена от 7—8 ст. от слепой кишки вверх на 9 четвертой, переход в здоровую кишку нерезкий, никаких признаков ущемления в форме странгуляционной полосы ни на кишечнике ни на брыжейке нет. Толстые кишки полны крови. Тремя лигатурами перевязана брыжейка у корня, дополнительная перевязка отдельных сосудов, резекция тонкой кишки с пораженной брыжейкой, соединение конец в конец. С брюшины удалены все фибриновые