

чебных комиссий, он нашел среди них 80% негодных к действительной службе и только 20% годных. Главные субъективные и объективные симптомы были: одышка, боли в груди, кашель, сердцебиение, западение раненой стороны грудной клетки, отстаивание ее во время дыхания, притупление, шум трения плевры. Эти явления, по его мнению, обязаны главным образом, последствиям воспалительных процессов, остающихся в плевре и легких после ранения на долгое время, а иногда и на всю жизнь.

Из Уфимской губ. б-цы.

Случай огнестрельного ранения сердца.

М. Вакуленко.

Посвящается проф. С. П. Федорову.

В последнее время много описывается успешных операций по поводу ранений сердца. И все-таки эти операции еще не часты и большинству хирургов не приходилось иметь подобных больных. Два года назад мне встретилось два случая, один из которых я оперировал.

Большая Е. Ч., 18 лет, доставлена в Уфимскую губ. б-цу 22/II 1927 г. в 12 ч. ночи с диагнозом огнестрельного ранения грудной клетки. Б-ная в полном сознании, сильно возбуждена, все время жалуется на стеснение в области сердца. Пульс 124 малого наполнения. Сильно обескровленная.

Входное пулевое отверстие находилось снаружи на один палец от I. parasternalis sin. в шестом межреберном промежутке. Выходное—на спине, слева от позвоночника у прикрепления 10 ребра. Из передней раны—непрерывное кровотечение тонкой струйкой. Тоны сердца чисты, но очень слабы, шумов не слышно. Пульс в обеих лучевых артериях одинаков. В левой половине грудной клетки—притупление, занимающее всю левую плевральную полость. До операции—под кожу морфин и вант солевой раствор. Все было готово для операции, но в это время погасло электричество с воспламенением проводов, и больницу пришлось перевозить в перевязочную (где ток подавался по другим проводам), и там произвести операцию. Под легким хлороформным наркозом сделан разрез через рану по хрящу 6 ребра. Хрящ оказался простреленным. Мягкие ткани раздвинуты и резецированы хрящи 5—6—7 ребер в виде одного куска на протяжении 6 см. Ткани пропитаны кровью. Art. mammaria sin. перевязана. По удалении хрящей появилось присасывание воздуха. Ясно обнаружилась рана в переднем завороте левой плевры и рана в сердечной сорочке. Из раны серд сорочки вытекала темная кровь. Плевра сдвинута наружу, края раны перикарда взяты Кохеровскими пинцетами и рана его расширена кверху. Рана сердца располагалась на верхушке правого желудочка вправо от incisura apicis на 1 см. При каждом сокращении сердце пряталось за грудину, края раны раздвигались и все операционное поле заливалось темной кровью. Сердце было вялое и походило на „проколотый резиновый мяч“. Сердце захвачено левой рукой, но удержать его не удалось, грудину резецировать не хотелось, чтобы не удлинять операции, и я захватил верхний угол раны сердца зажимом Кохера и осторожно при зашивании подвёл сердце к ране перикарда. Оказалось, что рана расположена на передней и задней поверхностях сердца так, что верхушка вся рассечена, рана широко проникала в полость сердца. Быстро наложен первый шов на верхний край раны и Кохер снят. В дальнейшем при наложении швов сердце удерживалось за этот шов. Второй шов наложен на верхушку сердца. За ними верхушка сердца поднята и наложены еще два шва на заднюю поверхность. Кровотечение остановилось лишь по наложению последнего шва, и сердце сразу стало плотным. Сердечная сорочка очищена от крови и зашита наглухо. При затягивании швов на сердце пульс, по словам хлороформатора, исчезал и мы наблюдали, как сердце останавливалось. Рана плевры зашита наглухо. Вся кровь в ней оставлена, т. к. в перевязочной я не риск-

нул долго оперировать, боясь получить гнойный плеврит, и решил оставить плевротомгах, пока б-ная оправится. К зашитой плевре подведен тампон, мышцы сшиты катгутом. На кожу скобки. После операции пульс 96. Вырыснут digitalis, влит солевой раствор. Внутрь назначен digitalis. Операция продолжалась 18 минут.

Первые дни б-ная жаловалась на затруднение дыхания, тошноту, было задержание мочи и стула. Со второго дня на верхушке появился систолический шум. По всей сердечной области появился шум трения перикардия. Б-ной вырыскивался, по совету терапевтов, стрихнин.

I/III швы сняты—заживление первичное, за исключением места, где был тампон, откуда было умеренное гнойное выделение и откуда в последующем течении выделялись катгутовые швы. З/III явления перикардита стихают. 11/III температура около недели держится повышенной и вечерами доходит до 38°. Плевротомгах не рассасывается. Сделан прокол плевры и выкачано более 900,0 кровавистой жидкости; с этого дня 1⁰ ушла до нормы. В конце марта б-ной разрешено вставать и ходить. 5/IV перикардит совершенно ликвидировался. Тоны сердца чисты, в левой плевральной полости незначительное притупление внизу. Между прочим, из анамнеза выяснилось, что б-ная все время лечится в тбс—диспансере от процесса в левом легком. 8 мая больная демонстрировалась д-ром Стерниной в Уфим. О-ве врачей. Выписана 6 июня.

28 июля показывалась. Хорошо поправилась, пополнила, много гуляет, кушается и чувствует себя вполне здоровой. Рубец крепкий.

Недавно больная показывалась вновь—прошло два года после операции. Состояние хорошее, работает, и о ранении сердца ей только напоминает рубец.

В своем случае я допустил прием, против которого предостерегают, именно захватил край раны сердца пинцетом. Исход показал, что ничего дурного от этого не произошло. Поскутного разреза не делал, а произвел окончательную резекцию реберных хрящей. Кровь в плевральной полости я оставил, но в дальнейшем пришлось ее все-таки выкачать. Литературы об операциях на сердце приводить не буду, т. к. каждый хирург знает работы проф. Боголюбова, Гессе, Джанелидзе.

Вкратце упомяну о втором больном с резаными ранами грудной клетки. Б-ной умер во время приготовления к операции. На вскрытии: 4 раны гр. клетки, ранение диафрагмы, выпадение в плевральную полость желудка и ранение правого желудочка сердца длиной в 6 см.

Из Хирургической пропедевтической клиники Одесского медицинского института.
(Директор—проф. И. Е. Корнман) и 2-й рабочей поликлиники.

Лечение варикозных расширений вен нижних конечностей впрыскиванием облитерирующих веществ.

Ассистент И. Д. Корабельников.

Неполное наше знакомство с причинами, приводящими к развитию в. р. в. (варикозных расширений вен) нижних конечностей, и невозможность тем самым устранения этих причин приводит к предложению целого ряда как оперативных, так и консервативных методов лечения. Из последних не может не обратить на себя внимания предложение закрыть просвет вены облитерацией ее изнутри, вызванной впрыскиванием лекарственного вещества, поскольку таковое лечение чрезвычайно просто, не требует специального инструментария и может проводиться амбулаторно, не отрывая больного от его обычной деятельности.

Этот метод получил за последние годы большое распространение в Западной Европе. Длинный ряд авторов сообщает о тысячах впрыски-