

Все время у б-ой жидкий стул три-четыре раза в сутки и чаще. Если ей удается удерживать каловые массы 10—11 часов—они оформлены.

Малейшая погрешность в диете в смысле более обильной еды сразу влечет за собой сильные боли и чувство тяжести под ложечкой. Сухари, каши ест с десятих суток.

В настоящий момент—через три недели после операции больная совершает прогулки до полукилометра. 8 июня продемонстрирована на заседании научной ассоциации Златоустовского округа.

(Дегтянская больница, Козловского округа Ц. Ч. С.)

Случай хронической прогрессирующей инвагинации слепой кишки.

Врача Путилина.

Инвагинация кишек вследствие опухоли встречается нередко (особенно часто инвагинируется слепая кишка), но случаи хронической прогрессирующей инвагинации, мне кажется, есть явление далеко не частое, а поэтому я считаю возможным написать о наблюдавшейся мною хронической инвагинации на почве опухоли слепой кишки. В нашем случае дело идет о 66-летней больной, гр-ке с. Дмитриевская Челновая, Тамбовско-Пригородного района, Ков-е вой Е. (Ист. болезни № 137), поступившей к нам в больницу 24 апреля 1930 г. по поводу изнуряющих не прекращающихся поносов.

Внезапно, без видимых причин, полгода назад у больной появились схваткообразные колющие боли в правой подвздошной области. До этого момента К. была здорова. Приступ болей продолжался три дня и сопровождался поносом и рвотой. Одновременно с приступом болей в правой подвздошной области образовалась болезненная опухоль, которую больная легко сама прощупывала. После трехдневного пребывания в постели острота болей стихла, рвота прекратилась, а опухоль в правой подвздошной области осталась, хотя стала менее болезненной, и понос продолжался. В дальнейшем приступы болей стали через неопределенные промежутки времени повторяться, и больная заметила, что эти приступы сопровождаются продвижением образовавшейся опухоли вверх. Опухоль, продвигаясь выше, сзади себя оставляла свободное место. Спусти два-три месяца опухоль доползла до правого подреберья, а затем стала ползти поперек живота. Больная отмечает, что опухоль вначале была круглая, болезненная и лежала в правой подвздошной области, теперь же превратилась в безболезненный длинный «вал», легший поперек живота. Интересно отметить, что чем сильнее были приступы болей, тем заметнее для больной было продвижение опухоли. Все последующие, кроме первого, приступы болей рвотой не сопровождалась, а понос, начавшийся при первом приступе, продолжается непрерывно до сего дня. Больная все время безрезультатно лечилась амбулаторно в своей участковой больнице.

Общий анамнез без особенностей. Больная среднего роста, очень истощена. Подкожный жировой слой почти отсутствует. Видимые слизистые очень бледны. В легких непостоянные бронхиальные хрипы. Тоны сердца глуховаты.

Status specialis: Брюшная стенка очень дряблая. Через брюшные покровы видны контуры валовидной опухоли, которая лежит поперек живота, на уровне пупка. Иногда видно движение опухоли, подобное перистальтике кишечника. Опухоль имеет мягко-эластическую консистенцию, мало болезненна, хорошо подвижна, идет от правого до левого подреберья по ходу поперечной ободочной кишки, причем левый ее конец более плотен и прощупывается в форме круглой опухоли. Опухоль хорошо подвижна вверх и вниз; вырва левый конец опухоли продвигается на значительное расстояние и дает впечатление движения поршня в цилиндре. Влево опухоль мало подвижна и дает при продвижении ее влево болезненность в правом подреберьи. Исследование мочи уклонений от нормы не дало. Раздувание желудка и исследование желудка дало возможность сделать заключение, что опухоль лежит вне желудка. Больная имеет три-пять раз в день стул. Каловые массы жидкие, имеют массу слизи и неизменных частичек пищи. Иногда стул состоял из одной слизи и не имел калового запаха.

28/V. Операция под эфирным наркозом. При вскрытии брюшной полости обнаружена инвагинация всей восходящей толстой кишки с частью тонкой в поперечную ободочную кишку. Инвагинацию с большим трудом удалось расправить, после чего в слепой кишке ясно стала прощупываться плотная круглая опухоль. Интересно отметить, что стояло только выпустить из рук слепую кишку, как она, на глазах, вновь начинала инвагинироваться. Большой сделана илео-цекальная резекция, причем толстая кишка удалена до печеночного угла, с последующим наложением бокового кишечного соустья. Брюшная полость закрыта наглухо. Послеоперационный период без особенностей.

Микроскопическое исследование опухоли, произведенное Тамбовским бактериологическим институтом, дало картину *sarcoma colloidae*.

Больная в настоящее время поправилась, исполняет домашние работы, недавно являлась в амбулаторию для осмотра.

Итак, интерес нашего случая заключается в том, что мы имеем хроническую, в течение полугода прогрессирующую, илео-цекальную инвагинацию.

Из практики применения марганцево-кислого калия при ожогах.

В. В. Гольмберг.

Исходя из указаний моего глубокоуважаемого учителя проф. Г. Я. Гуревича на благотворное действие 5% раствора марганцево-кислого калия при ожогах, пролежнях и некоторых других глубоких поражениях кожи, я еще студентом во время летней практики в 1927 г. начал систематически применять это средство среди рабочих кирпичного завода, где больные с ожогами встречались чаще, чем в других амбулаториях.

14 больных с ожогами, бывших под моим наблюдением, можно разбить на две группы, резко отличающиеся по характеру поражений, в связи с примененным способом лечения. К первой группе, из 7 человек, относятся больные, обратившиеся в амбулаторию через некоторый, иногда весьма значительный срок после ожога. Некоторые из них не лечились вовсе или лечились собственными средствами, другие были лечены моей предшественницей — фельдшершей, третьи посещали соседнюю участковую больницу. Все они поступили под мое наблюдение с мокнущими изъязвлениями, обильно смазанными ксероформной мазью или Лассаровой пастой. Такие изъязвленные ожоги заживали не раньше 10 дней, а иногда тянулись до 4-х с лишним месяцев. Помимо длительного течения и очень вялой склонности к заживлению, эти изъязвленные ожоги причиняли больным постоянное беспомощство, вынуждали их часто прибегать к медицинской помощи, а в некоторых случаях, в силу особенностей локализации, надолго отрывали от работы, что для рабочих, а равно и страховых органов, имеет, конечно, громадное значение. Так напр., в одном случае ожог стопы был осложнен развившейся в окружности экземой, которая лишила больного целого рабочего сезона и довела его до крайне тяжелого морального состояния. Все эти случаи вследствие своей запущенности не могли быть лечены раствором перекиси марганца и подвергались и далее обычному лечению мазями, результаты которого, как видно из приведенных случаев, оставляют желать лучшего. Эти случаи, являясь обычными, могут быть противопоставлены леченым перекисью марганца.

1) Ист. бол. № 5. Ар-н А. Е. обратилась в амбулаторию 5/V через 6—7 дней после ожога, с мокнущим изъязвлением в области левого предплечья, величиной в медный пятак, развившимся на месте пузыря. Ожог горячим металлом, второй степени, был вначале смазан постным маслом. Развившееся на месте его гноящееся изъязвление промыто раствором перекиси водорода и наложена повязка с Лассаровой пастой. Последняя перевязка через 19 дней после ожога.

2) Ист. бол. № 9. Мар-н В. Н. Обратился в амбулаторию через 3 дня после ожога 2-й степени кирпичем, с мокнущим изъязвлением в области левого предплечья. Повязка с Лассаровой пастой; последняя перевязка на 17 день после ожога.

3) Ист. бол. № 79. Игн-в Е. И. 10/V больной опрокинул себе на ногу чайник с кипятком. Немедленно был отравлен в больницу, где ему была наложена повязка с ксероформной мазью. Ожог 2-й степени по всей тыльной поверхности