

Не делая никаких выводов, мы считаем все же необходимым высказать желание, чтобы все случаи обширных резекций кишек освещались в мед. печати. Кроме того, кафедрам оператив. хирургии и топографической анатомии необходимо проработать вопрос о выработке определенных законов, на основании которых мы могли бы заранее определять длину кишечника, а с другой стороны и пределы резекций кишек, учитывая ряд конституциональных особенностей.

Случай сквозного ранения перикарда без повреждения сердца.

Ю. Б. Багров,

заведующий хирург. отделением Златоустовской городской больницы имени Октябрьской революции.

14 июня 1933 года в хирургич. отделение доставлена 6-ая Як - ва, 32 л., получившая час назад колотое ранение левой стороны груди финским ножом (ист. бол. № 7489).

Больная в тяжелом состоянии. Дыхание частое, поверхностное, резкая бледность покровов с синюшным оттенком. Пульс част, слабого наполнения, почти невидимый. Выражение лица страдальческое. Снята повязка, наложенная врачом скорой помощи. Повязка промокла не сильно. В 7-ом межреберьи по ходу его по передней аксиллярной линии—рана длиной в 3 сантиметра. В ране небольшой кусок выпавшего сальника.

Диагностировано ранение, проникающее в полость плевры и в брюшную полость, внутреннее кровотечение, операция. Местная анестезия 1/4% раствором нов каина. Косой разрез через левую прямую мышцу. В свободной брюшной полости довольно большое количество крови. Часть ее собрана для обратного переливания.

У свободного края левой доли печени—сквозное ее ранение длиной ок. 4-х сантиметров. Печень отодвинута книзу и вправо. Обнаружено ранение диафрагмы—в эту рану втянута фундальная часть желудка и большой сальник. После резекции выпавшего участка сальника желудок и сальник вытянуты из раны диафрагмы.



Рис. 1.

Ранение диафрагмы в ее сухожильном отделе—длиной в 6 сантиметров зияет, края раны сильно кровоточат, направление ее—сзади и снизу—кпереди и кнаружи. Сердечная сумка широко вскрыта, хорошо видно сердце, поворачивающееся при сокращениях. На сердечных стенках повреждений не обнаружено. После тщательной инфильтрации диафрагмы раствором новокаина наложены узловатые швы. Они захватывают и ткань сердечной сорочки, и все слои диафрагмы, а дальше кнаружи также участок рассеченной плевры.

Когда рана диафрагмы была зашита, к ней подшит тот участок печени, где имелась сквозная рана ее. Операционная рана зашита послойно, выпускник в клетчатку. Освежены края раны грудной стенки. Межреберные сосуды не по-

вреждены. Через рану при дыхательных движениях в полость плевры с шумом входит воздух. Рана зашита. Обратное переливание собранной из брюшной полости крови. Длительность операции 30 минут.

В первую неделю наблюдались явления левостороннего плеврита с сухим кашлем, притуплением перкуторного тона.

Обычные лечебные мероприятия. Наркотики, банки, инъекции камфорного масла и эфира, вливания 5% раствора глюкозы.

С третьего дня пульс все время удовлетворит. наполнения, аритмии нет.

25/VI. Температура нормальна. Изредка сухой кашель. Хрипов в легких нет, притупления перкут. тона не отмечено. Границы сердца не расширены.

Грануляционная поверхность на том участке операционной раны, где был выпускник. В остальных отделах рана зажила. Рана грудной стенки зажила первичным натяжением.

29/VI. Состояние хорошее. Выписывается с небольшой гранулирующей поверхностью на средине операц. раны.

Данные рентгеноскопич. исследования, произведенного рентгенологом горбольницы д-ром Соколовым. „Место ранения находится на уровне купола диафрагмы на 4—4,5 сантиметра кнаружи от сердечной верхушки. Границы сердца не расширены. Диафрагма в левой ее половине экскурсирует незначительно“.

12/VII. Больная чувствует себя хорошо. Отмечает только быструю утомляемость.

В приведенном случае представляет интерес ход раневого канала, пересекающий плевральную полость без ранения легкого и полость перикарда—без повреждения сердца. По литературным данным изолированное ранение сердечной сорочки встречается редко. В описанных случаях повреждений околосерд. сумки холодным оружием раны перикарды были не велики, оружие не глубоко проникало в полость сумки. И в нашем случае, несмотря на широкое ранение нижней стенки сумки, нож прошел только в самом нижнем отделе полости. По видимому, он обращен был лезвием книзу и спинкой своей отодвинул верхушку сердца. Следует думать, что отсутствие повреждения сердца может объясняться и совпадением момента ранения с моментом сердечной систолы. Не исключается возможность рефлекторного сокращения сердца в момент ранения ткани перикарда.

Из Изоляционного отделения Бердичевской акушерско-гинекологической больницы (глав. врач. б-цы Р. М. Либерберг).

Пуэрперальные воспаления кисты *urachus'a*

Р. М. Либерберг.

2. IX 1931 года в изоляционное отделение больницы была доставлена селянка-колхозница М. Ч., 25 лет, из дальнего района с запиской врача о том, что направляется больная с параметритом и пупочным свищем. Больная рожала 2 раза, последний раз год тому назад. С тех пор не менструирует. Через весьма короткое время после родов (точно не помнит) у нее через пупок стал выходить гной. Abortов и кровотечений не было. Со стороны стула и мочеиспускания отклонений от нормы нет, временами лишь бывает учащенное мочеиспускание.

При наружном осмотре в области пупка обнаружен свищ, из которого при надавливании выделяется много гноя. При введении зонда последний легко входит на 6—7 см. Бимануальное исследование: матка плотна, находится в ретропозиции. Над мочевым пузырем внутренними пальцами прощупывается мягкая опухоль, из которой при этом выделяется через пупок гной в довольно большом количестве. Т° 36,5—38,9, при катетеризации выделяется чистая моча. Матка небольшая, хорошо прощупывается; придатки матки также хорошо прощупываются и отклонений от нормы не представляют. Было установлено, что осумкованный гнойник находится впереди от матки над мочевым пузырем и представляет собой нагноившуюся кисту урахуса с пупочной фистулой. После