

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 гор-больницы 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 затискою 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 уклонений 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

соответствующей подготовки под хлороформным наркозом, по желобоватому зонду, был сделан разрез от пупка вниз на 5—6 см. и вскрыт гнойник. Палец при исследовании гнойника попадает в большую полость у передней брюшной стенки над мочевым пузырем. Из раны выделилось большое количество гноя.

Дальнейшее лечение тампонами с риванолем. Выздоровление только через 3 месяца, когда рана совершенно закрылась. Все это время исследования мочи давали один результат: уд. вес 1026, 4—5 лейкоцитов в поле зрения, большое количество оксалатов и незначительное количество клеток плоского эпителия. Гнойник, находившийся над мочевым пузырем, никакого сообщения с полостью его не имел. Т⁰ постепенно падала и к моменту уменьшения количества гноя пала до нормы.

Кисты урахуса располагаются обыкновенно по средней линии экстраперитонеально. Аналогичные 2 случая описаны А. Цоликером в 1928 году в сербоязычном журнале и реферированы в 1930 году в Zentralbl. für Gynaekologie. В одном случае автор произвел полное удаление опухоли, в другом—разрез через пупок. Киста урахуса обычно бывает округлой формы, эластической консистенции. При бимануальном исследовании она прощупывается высоко над передним сводом и мочевым пузырем, причем сам свод несколько не изменен. При гнойных фистулах урахуса моча нормальна. Цистоскопия дает неизмененную слизистую мочевого пузыря. Иногда возможно точкообразное соединение с кистой урахуса, из которой в пузырь проходит каплями гной (случай Цоликера). Терапия нагноившейся кисты урахуса—тщательное удаление кисты через разрез брюшной стенки. В случаях гнойного пупочного свища, когда удаление кисты невозможно в виду опасности инфекции брюшины, следует по желобоватому зонду вскрыть весь канал от пупка до кисты и лечить по правилам лечения гнойных ран. Так было сделано в случае Цоликера и в нашем случае. Это привело нас к благоприятному результату, каким мы считаем здесь заживление вторичным натяжением.