

РЕФЕРАТЫ.

Хирургія.

В. Красинцевъ. *Къ казуистикѣ и леченію эхинококка.* Хирургія. 1904 г. № 85.

На основаніи 5 приведенныхъ авторомъ случаевъ эхинококка, изъ которыхъ одинъ заслуживаетъ вниманія по рѣдкости локализациі (поджелудочная железа), авторъ дѣлаетъ выводы относительно способовъ оперативнаго леченія этого заболѣванія. По мнѣнію автора, справедливо признающаго кореннымъ способомъ изсѣченіе эхинококковой кисты вмѣстѣ съ ея фиброзной сумкой (способъ, примѣнимый въ исключительныхъ случаяхъ) наиболѣе удовлетворительнымъ способомъ является закрытый способъ. Авторъ мало придаетъ значенія наблюденіямъ неудачныхъ случаевъ леченія по этому способу и не считаетъ нужными предлагаемые предосторожности (напр. предложеніе временно фиксировать эхинококковую сумку у раны. Тѣмъ не менѣе онъ строго ограничиваетъ показанія къ примѣненію этого способа, именно, случаями ненагноившаюся эхинококка съ мягкой неомѣлѣвшею сумкой. Для остальныхъ случаевъ необходимъ открытый способъ.

Н. М. Никольскій. *Воздушная опухоль головы.* Хирургія 1904 г. № 85.

Въ этиологіи незначительная травма, отъ которой развитіе опухоли отдалено 4 мѣсяцами. Ростъ опухоли постепенный, — въ теченіе 5 мѣсяцевъ до величины $19 \times 11 \times 8$ см.; локализациа — въ затылочной части: первичное появленіе надъ лѣвымъ сосцевиднымъ отросткомъ. При давленіи опухоль вызываетъ ощущеніе шипѣнія въ ухѣ и притупленіе слуха. При операціи найдена обнаженная кость съ неровной какъ бы изъѣденной поверхностью, такъ что было ясно скопленіе

газа подъ надкостницей. Заживленіе—*pér granulationem*. Репидива не было въ теченіе $1\frac{1}{2}$ мѣсяцевъ. Появленіе опухоли послѣ незначительной травмы (что описывается и въ литературѣ) авторъ объясняетъ истонченіемъ костныхъ пластинокъ и непрочнымъ закрытіемъ сосцевидно-чешуйной щели.

В. И. Розановъ. *Полное удаленіе гортани и резекція пищевода. Автоэзофагопластика.* Хирургія 1904 г. № 85.

Имѣя больного съ ракомъ гортани, распространившимся и на пищеводъ по его передне-лѣвой стѣнкѣ, авторъ принужденъ былъ удалить послѣ экстирпаціи гортани и эту часть пищевода и получилъ, такъ обр., изъятъ длиною въ 12—13 см; при чемъ отъ пищевода осталась узенькая (въ 1 см.) полоска. Стянуть отрѣзки пищевода и глотки не было возможности, такъ какъ даже глубоко отсепарованный пищеводъ не подтягивался кверху въ достаточной мѣрѣ. Вслѣдствіе этого была примѣнена автоэзофагопластика. Изъ отсепарованнаго нижняго отрѣзка былъ вырѣзанъ лоскутъ („лінія разрѣза шла справа на лѣво дугообразно внизъ во всю длину вытянутой части пищевода, переходила на лѣвую боковую стѣнку и опять дугой поднялась на 1—1,5 см. кверху на заднюю стѣнку пищевода»), которымъ удалось закрыть дефектъ и возстановить нарушенную непрерывность трубки. Предварительно въ пищеводъ введенъ толстый дренажъ, который выведенъ въ верхнемъ углу раны. Послѣоперационное теченіе хорошее; пищеводный свищъ постепенно уменьшался. Съ нимъ больной и выпиcался, но черезъ $1\frac{1}{2}$ мѣсяца свищъ совершенно закрылся. Что касается пищевода, то его функція, по изслѣдованію, произведенному черезъ нѣсколько мѣсяцевъ, вполне удовлетворительна; ширина его такова, что пропускаетъ, хотя съ трудомъ, самую крупную оливку зонда.

А. Дешинъ и В. Шмидтъ. *Къ вопросу о леченіи врожденных мочевиыхъ свищей пупка.* Хирургія 1904 г. № 85.

Врожденные пупочные мочевые свищи могутъ быть двухъ видовъ: 1) въ формѣ тонкой трубки, впадающей въ верхушку пузыря и 2) въ видѣ конусообразнаго продолженія пузыря, при чемъ стѣнки этого конуса имѣютъ достаточно развитой мышечный слой и способный къ сокращенію. Для оперативнаго пособія наиболѣе примѣнимымъ при первомъ видѣ свища слѣдуетъ считать изсѣченіе протока, какъ наи-