

Хирургическое лечение гастродуоденальных язв. (La presse Medicale, № 101, 19 XII. 1934).

На заседании Société Royale de Medecine de Gand, 28 X 1934, Finsterer выступил с докладом о хирургическом лечении язв желудка и двенадцатиперстной кишки. F. различает абсолютные и относительные показания к операции. К абсолютным показаниям он относит: 1. перфорацию язвы в брюшную полость, 2. полный стеноз пилорической части, 3. вторичную анемию на почве кровотечений из язвы, 4. острые профузные кровотечения, 5. подозрение на злокачественное перерождение язвы. К относительным показаниям F. относит: 1. безуспешность повторного терапевтического лечения, 2. повторные кровотечения в случаях хронических язв, 3. резкие боли, делающие больного нетрудоспособным, 4. необходимость быстрого выздоровления, 5. больные, проживающие вдали от госпитальных центров, должны оперироваться значительно раньше больных, живущих в крупных городах, 6. препилорические язвы, особенно у больных с семейным раковым анамнезом, должны оперироваться наивозможно рано. В хирургическом лечении язв желудка резекция, по Finsterer'y, является операцией выбора; в его материале (363 резекции по поводу язвы желудка) смертность составляет—3,5%—и на 920 резекций по поводу язв двенадцатиперстной кишки—3,4%. Эти результаты, по Finsterer'y, всецело зависят от применения анестезии n. Splanchnici по Bran'у и от вида анастомоза (по Hofmeister—Finsterer'y. При пенетрирующих язвах двенадцатиперстной кишки автор советует резекцию для исключения. (Последняя заключается в том, что язва двенадцатиперстной кишки остается на месте, а желудок в пределах двух третей его, резецируется. Пилорус или остается на месте или также удаляется. Затем накладывается анастомоз по Hofmeister—Finsterer'y. Этой операцией автор имеет ввиду достичь заживления оставшейся на месте язвы двенадцатиперстной кишки и избежать последующего возникновения пептической язвы тощей кишки. Полное выздоровление после резекции по поводу язвы желудка отмечено Finsterer'ом — в 95,8% случаев, и в 94,6% случаев после резекции по поводу язвы двенадцатиперстной кишки. Эти прекрасные отдаленные результаты автор объясняет обширностью резекции и способом анастомоза. При резекции Finsterer оставляет не более одной трети желудка. После операции, в шести случаях, у больных были гастрогенные поносы, но они быстро прекращались после соответствующей диеты и назначения соляной кислоты. У двух больных после резекции желудка возникла пернициозная анемия. Это осложнение автор все же считает более легким в сравнении с пептической язвой тощей кишки. При перфорации язвы Finsterer советует поступать таким образом: сначала ушивается лишь место перфорации и затем, когда больной поправится — ему производится резекция желудка. При острых профузных кровотечениях автор советует, в первые 24—48 часов от начала кровотечения, делать резекцию желудка. На 46 таких операций Finsterer потерял лишь двух больных от пневмонии. При более позднем оперативном вмешательстве смертность значительно повышается; в этих случаях—после 48 резекций желудка умерло 14 больных. Finsterer считает, что язвы желудка часто злокачественно перерождаются; в его материале это установлено патолого-анатомическими исследованиями резецированных язв в 23,1% случаев. В этих случаях прогноз очень плохой, лишь 11 из 26 больных с канцероматозным перерождением язвы оставались без рецидива на сроке 5 лет после операции. На 168 случаев дегастро-энтеростомий с обширной резекцией желудка по поводу пептической язвы тощей кишки, как осложнения сделанной ранее гастро-энтеростомии, Finsterer потерял 19 больных—11,3%. При операции по поводу fistula gastro-jejuno-colica автор не потерял ни одного больного.

В. Пшеничников.

е) Ото-рино-ларингология.

„Экспериментальные исследования метаплазии“ (Monschr. Ohrenheilk. 1933. N. 12). Д-р Ваег на основании изучения литературы вопроса о метаплазии эпителия трахеи приходит к заключению, что при некоторых определенных патологических состояниях дыхательного тракта эпителий метаплазирует, а именно: при люэтических и туберкулезных опухолях трахеи, при заболеваниях инфлуенцей и у хронических канюляров. В соответствии с этим и литературу-