

деформирующий артрит и, в особенности, случаи локализованного tbc: tbc перитонит, bacиллярный аденит, холодные абсцессы, tbc фистулы, tbc суставов и позвоночника. Ко 2-й группе относятся случаи, где ультрафиолетовые лучи являются подготовительным средством к операции,—длительным освещением можно достичь того, что трудная и опасная операция становится значительно легче, напр., при страданиях шейных желез, костных страданиях и пр. В 3-ю группу входят те случаи, где лучи оказывают важные услуги во время самого лечения; автор считает их, напр., очень действительным стерилизующим средством, более действительным, чем смазывание подом, хлористым цинком, промывание эфиром и т. п. Наконец, в 4-й группе лучи играют роль дополнительного лечебного средства.

С. Репников.

119. *Френикотомия при заболеваниях легких и плевры.* Могопе (реф. Journ. de chir., 1925, № 1) применил эту операцию в 66 случаях легочных заболеваний. В большинстве случаев дело касалось tbc легких с обширными плевропариетальными срощениями, делавшими невозможным или недействительным искусственный шейноторакс; в других случаях имели место бронхоэктазии, абсцессы легкого, эмпиэма, серьезные деформации mediastini. Операция производилась под местной анестезией новокаином, разрез продольный по заднему краю m. sternocleidomastoidei. Отрезывание нерва производилось ножницами, причем во время его автор ни разу не замечал ни болей, ни одышки; затем периферический конец захватывался щипцами Кошера, и производилось вытягивание нерва на 8—10 см. После операции функциональные расстройства быстро улучшались, хотя это облегчение продолжалось недолго (maximum 1 год). По автору френикотомия при tbc легких должна помогать шейнотораксу или заменять последний там, где его производство почему-либо невозможно. То же самое надо сказать и относительно торакопластики, при которой резекция n. phrenici является лишь вспомогательным средством, предшествующим операции.

П. Шидловский

120. *Временное прижатие lig. hepato-duodenalis*, как метод предупреждения кровотечений при операциях на печени, разработано экспериментально на собаках Духиновой (Вестн. Хир. и Погр. Обл., кн. 14, 1925). Из практических - важных выводов автора отметим лишь главнейшие: 1) после 5 минут прижатия lig. h.-d. печень совершенно обескровливается; 2) 1/2- часовое прижатие lig. h.-d. ни в кровообращении, ни в мочеотделении, ни в функции поджелудочной железы, печени или кишечника сколько-нибудь значительных изменений не производит; 3) за допустимую продолжительность прижатия надо принять 35 мин.; 4) часового застоя в портальном кровообращении собаки не переносят; 5) прижатие lig. h.-d. является прекрасным, но небезопасным кровоостанавливающим средством, почему оно и может быть, с должными предосторожностями, применяемо в случаях профузных печеночных кровотечений и опухолей печени, далеко и глубоко сидящих от ее краев; 6) метод этот не опаснее приема Момбург'a.

М. Фридланд.

121. *Зависимость между положением червеобразного отростка и его заболеваемостью* была прослежена, на 150 трупах и при 50 операциях аппендэктомии. Гоэиовским и Хнох (Вестн. Хир. и Погр. Обл., кн. 14, 1925), которые пришли по этому вопросу к след. заключениям: 1) прецекальное положение—одно из самых частых положений аппендикса; 2) при направлении отростка в малый таз заболеваемость его равна 19,4%; 3) расположение отростка более латерально и медиально в брюшную полость повышает его заболеваемость до 45%—50%; 4) ретроцекальное положение дает 84% заболеваний; 5) частичное внебрюшинное положение отростка дает 100% его заболеваемости; 6) полное внебрюшинное положение червеобразного отростка встречается редко и дает наименьший процент заболеваемости—16,6%; 7) общий % больных отростков равняется 42,6%.

М. Фридланд.

122. *Перфорация желудка и двенадцатиперстной кишки*, по Оглобину, (Вестн. Хир. и Погр. Обл., кн. 14, 1925), наблюдалась в Хир. отд. б-цы Эрисмана в Ленинграде, с 1909 по 1924 г., у 61 больного, из коих 3 было женщин и 58 мужчин в возрасте от 22 до 67 лет. Оперировано было 58 человек. В 50 случаях имела место язва желудка, в 11—duodeni. Среди больных, поступивших позже 18 ч. после прободения, выздоровел только один; из поступивших до 10 часов выздоровело 52%, до 5—87%. Кёрте требует при прободении «eine frühere Frühoperation», Wagn'er считает, что операция, предпринятая до 4 часов после прободения дает 100% выздоровлений, после 20 ч.—100% смертности. Выводы О.: 1) время,