

б) Хирургия.

76) *Значение choledcho-duodenostomi'i для лечения желчно-каменной болезни.* Н. Finsterer (реф. Zentr. f. Chir., 1930, № 30) применил choledcho-duodenostomi'ю в 41 случае с 2 смертями. Автор анастомозировал супрадуоденальную часть холедохуса с подвижной частью duodenum. Показателями для такого вмешательства служат многочисленные камни в холедохусе, опасность оставления камней, холангит, сильно расширенные холедохус и желчный проток при стенозе papillae или хронический панкреатит. Первые 24—48 часов после операции следует больных держать с приподнятым тазом и согнутой грудью, чтобы не разошлись швам и не вылилась желчи в брюшную полость. Восходящей инфекции желчных путей автор не наблюдал, равно как и последующего сужения анастомоза.

И. Цимхес.

114) *О результатах хирургического лечения желчно-каменной болезни.* Georg Lutzow (реф. Zentr. f. Chir., 1930, № 30) разбирает 180 оперированных случаев, операцией выбора служила холецистэктомия. Холецистэктомия применялась у особенно слабых больных и при трудных анатомических отношениях. На 180 операций 7 (3,9%) смертей. Среди 115 неосложненных холецистэктомий наблюдалась одна смерть, а на 32 осложненные—4. В трех случаях причиной смерти был перитонит, в 2-х сердечная и печеночная дегенерация, в 1 случае—холемиическое кровотечение и в 1—бронхопневмония. Ни в одном случае брюшная полость наглухо не зашивалась, а вводился на 6—8 дней дренаж из папиросной бумаги. Только 10% больных после простых и осложненных операций имели жалобы, подобные желчнокаменной болезни. Повторная операция обнаруживала сращения, по отделении коих больные поправлялись.

И. Цимхес.

115) *1000 случаев удаления прямой кишки сакральным способом.* F. Mandl (реф. Zentr. f. Chir., 1930, № 30) приводит смертность при вышеуказанной операции равной 11,6% за счет, главным образом, раневой инфекции, перитонита. Для уменьшения смертности автор предлагает производить предварительную колостомию и дезинфекцию кишки. Нередко развивается флегмона на почве гангрены кишки, инфекция брюшной полости вследствие расхождения швов Douglas'a, 15% смертельных случаев относится к осложнениям со стороны сердца и легких. Отдаленные результаты, свыше 5 лет, почти на 700 сакральных операций дали 30% смертности. Видную роль в этиологии рака прямой кишки играют полипы. Для задержки кала автор рекомендует способ Hochenegg'a.

И. Цимхес.

116) *Рентгеновское исследование артерий иодистым натрием.* M. Charbonnel и L. Massé (Bordeaux) (Реф. Zntb. f. Chir. 1930, № 25, S. 1581) инъецировали в артерии конечностей 25% раствор иодистого натра. При гангренах авторы видели заполняемость сосудов, и на месте прекращения питания производили ампутацию. Иодистый натр не повреждает артерий, инъекции сравнительно безболезненны и не ведут к распространению гангрены.

И. Цимхес.

117) *Значение дуоденального зонда в лечении послеоперационной острой непроходимости желудка после гастроэнтеростомии.* Max Einhorn (реф. Zentr. f. Chir., 1930, № 29) в одном случае после наложенной задней гастроэнтеростомии на почве сужения привратника наблюдал через 10 дней острую непроходимость желудка. Введенный дуоденальный зонд опорожнил сначала желудок, а затем под контролем рентгеновских лучей оказался в jejunum и некоторое время больной через этот зонд питался.

И. Цимхес.

118) *Химическое изменения крови при непроходимости кишок.* R. Brandberg (реф. Zentr. f. Chir., 1930, № 29) экспериментально на кроликах в 36 случаях непроходимости кишок у людей исследовал остаточный азот и хлор в крови. При высококорасположенном обтурационном ileus'e происходит быстрая потеря минеральных солей и жидкостей. При непроходимости слепой кишки не заметно изменения химизма крови и большой потери минеральных солей и жидкостей, а некротические участки на colon и перитонит. В 3-х случаях непроходимости желудка и дуоденума на 3—4 день болезни было заметно ясное увеличение остаточного азота и уменьшение хлора. При непроходимости в нижней части тонких кишок и ущемленных грыжах, содержащих петли тонких кишок, наблюдалось, как правило, повышение остаточного азота. Непроходимость толстых кишок не



показывала изменений химической стороны крови. Вышеуказанные реакции химизма крови при ileus'e не имеют диагностического значения, но в послеоперационном периоде желудочно-кишечной непроходимости могут указывать на характер течения болезни. Изучение химизма крови при ileus'e подводит прочное основание к применению инъекций солевых растворов при лечении непроходимости.

И. Цимхес.

119) *О кардиоспазме.* W. Rieder (реф. Zentr. f. Chir., 1930, № 29) производил у собак перерезку всех волокон vagus'a, идущих к card'i и прекардиальной части. Он получал типичную картину кардиоспазма. Спустя 2 месяца расстройство от опорожнения пропадало, так как ганглии нижней части пищеводной трубки автономно функционировали. На основании экспериментального наблюдения и в одном случае на больном с кардиоспазмом, после перерезки волокон vagus'a, автор предлагает воздерживаться от этого метода операции. И. Цимхес.

120) *Об экспериментальных гастритах.* Kaufmann (реф. Zentr. f. Chir., 1930, № 29) на собаках путем облучения горным солнцем или образования стерильного абсцесса терпентином или папайотином получал в желудке различные формы гастритов. Автор пришел к заключению, что собственные продукты распада клеток в состоянии вызвать гастрит.

И. Цимхес.

121) *О вставании после операций.* K. Mermingas (Zentrbl. f. Chir. 1930, № 39), оперируя преимущественно под местной анестезией с наименьшей травматизацией тканей, добился того, что после некоторых операций больные тотчас после операций уходят с операционного стола на ноги. К таким операциям относятся: радикальное грыжесечение, аппендектомия, гидроцеле, варикоцеле, геморрой, камнесечение, иногда гастроэнтеростомия. Преимущества послеоперационного вставания больных автор видит в том, что 1) больные быстро привыкают свободно двигаться в постели и 2) это мероприятие оказывает большое моральное впечатление на больного и окружающих.

И. Цимхес.

122) *Об односторонней свободной торакотомии.* T. Oh sawa (Zentrbl. f. Chir. 1930, № 40) описывает способ профессора R. Torikata одностороннего вскрытия грудной клетки без применения аппаратов повышенного давления. После резекции VII и VIII или VIII и IX ребер у реберного угла вскрывается плевроальная полость в VII или VIII межреберья. Легкое спадается и в случае необходимости отводится в сторону. N. phrenicus близ диафрагмы пересекается. Парализованный купол диафрагмы оттесняется в брюшную полость, когда операция производится на пищеводе. Создается просторное операционное поле, и с успехом автором производилась резекция пищевода, присоединялось иногда сюда трансдиафрагмальное чревосечение или ventro-arco-diaphragm. laparotomia. Таким путем оперировано 33 случая без одного смертельного исхода.

И. Цимхес.

123) *О хирургическом лечении синингомиелии.* V. Schmieden (Zentrbl. f. Chir. 1929, № 34) описывает один случай оперативного лечения синингомиелии по способу Pousser'a. Последний рекомендует вскрывать асимметрически расположенный кистовидный очаг.

И. Цимхес.

124) *Опорожнение желудка системой сифона для лечения послеоперационного илеуса.* C. E. Jancke (Zentrbl. f. Chir. 1930, № 32) приводит опыт клиники Карри's'a в применении постоянного продолжительного сифона для опорожнения желудка при лечении послеоперационной непроходимости кишок. Через нос вводится зонд в желудок и держится там не больше 12—24 час., чтобы не вызвать пролежней в пищеводе и желудке. Больные вначале беспокойны, но вскоре привыкают к введенному зонду или же вводится 1 к. с. морфия. Снаружи зонд соединяется с системой сифона (ирригатор). Благодаря наличию зонда в желудке больной может пить, что хочет и сколько хочет, кроме молока, которое может закрыть просвет зонда. Автор видит в этом средстве борьбы с послеоперационным параличом кишок большие преимущества перед наложением кишечного или желудочного свища и в заключение приводит свои 5 случаев успешного лечения.

И. Цимхес.

125) *О хроническом туберкулезном периплеврите.* F. Kraus (Zentrbl. f. Chir. 1930, № 22) описывает случай хронического туберкулезного периплеврита с правосторонним продуктивным легочным туберкулезом. Под периплевритом подразумевается острый и хронический воспалительные и нагноительные процессы между fascia endothoracica и pleura parietalis.

И. Цимхес.