

материале в 18 случаев, полагает, что каждый случай полипа основания черепа должен быть в оперативном отношении строго индивидуализирован. Там, где представляется возможность удалить полип через естественные пути, через нос и рот,— последние должны быть использованы в первую очередь. Аутоампонада, т. е. тампонада самой опухолью операционного поля после отсечения ножки полипа, является при этом целесообразной мерой, останавливающей бурное кровотечение. Напротив, перевязка наружной сонной артерии не уменьшает кровотечения в момент удаления полипа основания черепа, а поэтому она является бесцельной и излишней травмой. Положение головы по Rose, как мера, предупреждающая затекание крови в дыхательные пути,—способ вполне целесообразный. Впрочем смерть больных при оперировании полипов основания черепа обуславливается не столько кровотечением, сколько параличем сердца вследствие изменений последнего. Хлороформный наркоз при операциях полипов основания черепа должен быть сведен до минимума и лучше заменен местной анестезией. *И. Цимхес.*

115. *К вопросу об удалении инородных тел из пищевода.* Feldmann (Zeit. f. H. N. Ohrenheilk., XVI, 4) имея в виду широкую пропаганду эзофагоскопии, снова ставит пред врачей массовый вопрос, следует ли зондировать пищевод вообще, а тем более там, где имеются эзофагоскопы и эзофагоскописты. Зондирование это является очень опасным методом вмешательства при попадании в пищевод инородных тел,—нередко в результате его получается вклинение тела в стенку пищевода, перфорация его с последующим медиастинитом, воспалением легких, прорывом в трахею, аорту и пр. С другой стороны выносливость пищевода по отношению к инородным телам очень велика, почему больной может долго дожидаться рациональной медицинской помощи. Для иллюстрации своих положений автор приводит описание 3 случаев, из которых в одном больной только на 36-й день после того, как он подавился мясной костью, согласился на эзофагоскопию, кость была удалена, и пациент совершенно оправился; в двух же других применение зондирования пищевода повело к летальному исходу. *С. Яхонтов.*

116. *К методике нефрэксии.* В. П. Вознесенский (Вест. Хир. и Погр. Обл., 1926, кн. 23) описывает способ фиксации почки при помощи фасции (33 случая). Для этого сначала выкраивается фасциальная лента из широкой фасции бедра во всю его длину, шириною в 3 см. Затем, после обычного обнажения почки поясничным разрезом и вывихивания ее, проводятся 2 параллельных поперечных разреза через фиброзную капсулу почки по передней и задней поверхности средней части ее, капсула же этой области отслаивается тупым путем. Далее производится поднадкостничная резекция XII, XI или X ребра—в зависимости от стояния диафрагмы; в пределах резецированного ребра прошиваются непрерывным швом плевральные синусы и диафрагма. В обшитом месте делается разрез, проникающий в поддиафрагмальное пространство. Концы фасциальной ленты протягиваются под описанные выше лоскуты почечной капсулы, после чего лента четырьмя узловыми швами фиксируется к капсуле и на концах проводится через отверстие в синусе и диафрагме. Концы фасции подшиваются к мышцам спины. Отрицательными сторонами способа являются его сложность и опасность ранения плевры при резекции ребра. Подобное осложнение имело место в одном из случаев автора. *И. Цимхес.*

117. *Опыт хирургического лечения гастроптоза.* Проф. В. Р. Брайцев (Вест. Хир. и Погр. Обл., 1926, кн. 23) в 8 случаях испытал следующий метод лечения гастроптоза: обычное вскрытие брюшной полости по средней линии живота от мечевидного отростка до пупка, экстрамукозная пилоропластика, lig. gastro-colicum рассекается в поперечном направлении, mesocolon без натяжения пришивается к передней брюшной стенке в поперечном направлении на уровне концов 10-х ребер. Особенно тщательно рекомендует автор подшивать левую половину mesocolon'a, дабы создать прочную опору для дна желудка и вполне отделить созданное для него вместилище от остальной брюшной полости. Рассеченная lig. gastro-colicum несколькими швами прихватывается к линии прикрепления mesocolon'a. *И. Цимхес.*

118. *Лечение гнойных диффузных перитонитов.* Novak (Berich. ii. d. ges. Gyn., Bd. XI, H. 3/4) сообщает, что в клинике Petřivalskya при лечении диффузных перфоративных перитонитов дренажа не применяют, если инфекционный очаг удален; абсцессы дренируются; антисептических средств тоже не применяют в виду их вредного действия на жизненные свойства эндотелия брюшины, а реко-

мендуется вливание в брюшную полость 50—100 к. с. 3% раствора hydrogenii superoxydati, причем образующаяся пена механически очищает брюшную полость, а выделяющийся кислород производит окисление токсинов; образующееся при отщеплении кислорода тепло вызывает перистальтику кишек и усиливает активную гиперэмию. Henfelder при лечении перитонитов употребляет предложенный G. Meyer'ом vaccinoseroform, представляющий соединение животной сыворотки, вакцин и живых, молочную кислоту образующих бактерий. Wolfsohn, еще в 1918 году предложивший для лечения диффузных гнойных перитонитов вливания эфира, подверг этот метод новой тщательной экспериментальной обработке и выработал новую технику его применения, которая состоит в следующем: в заключение операции брюшная полость промывается соевым раствором, после чего наркоз прекращается, больной из Trendelenburg'овского положения переводится в горизонтальное, брюшная рана широко растягивается крючками, и в нее вливается 30—50 к. с. эфира; после этого выжидают одну минуту, чтобы часть эфира испарилась, и еще раз слегка промывают брюшину 100 к. с. раствора NaCl. Брюшная полость закрывается наглухо, или ставится дренаж в зависимости от случая. Механизм действия эфира еще не вполне ясен. Автор думает, что, вероятнее всего, здесь играют роль несколько бактерицидных свойства эфира, сколько его биологическое действие на сосуды, приводящее к развитию сильной активной гиперэмии.

А. Тимофеев.

119. *Послеоперационный ацидоз* (циркуляция в крови резко увеличенного количества солей органических кислот), как показывают новейшие наблюдения, является очень частым осложнением. Так, Березов, Куховаренко и Лифшиц (Вестн. Хир. и Погр. Обл., т. VIII, кн. 22, 1926), сделавшие наблюдения над 281 больным, констатировали характерную для ацидоза ацетонурию в 43% случаев, независимо от того, была произведена операция под общим наркозом, или под местной анестезией; параллельно имела место гипергликемия (сахар в крови выше 0.17%). Maydl (по реф. в Zentr. f. Chir., 1926, № 34) констатирует ацидоз несколько чаще после местной анестезии (в 55%), нежели после общего наркоза (в 30%). Ort (по реф. ibid.), также указывая на большую частоту послеоперационного ацидоза, считает, что хлороформ легче вызывает это страдание, нежели эфир. Ацидоз возникает не только после операций, но, вообще, после всяких травм. По Maydl'ю, после травм он наблюдается в 20%. Ближайшей причиной ацидоза является, повидимому, не гипофункция печени, а понижение окислительных процессов в тканях. Клинические симптомы ацидоза колеблются от самых легких, каковы незначительная головная боль и бессонница, до самых тяжелых—тошнота, рвота, сухость во рту, упадок сил и даже смертельная кома. В борьбе с ацидозом весьма действительным средством является инсулин, который применяется многими в сочетании с глюкозой. Березов, Куховаренко и Лифшиц предлагают вводить по 400 куб. см. 5%, глюкозы в комбинации с 10 единицами инсулина внутривенно в следующие моменты: накануне операции, непосредственно перед операцией, после операции и, наконец, на другой день после операции. Последний раз можно вводить один инсулин без глюкозы. При такой обработке больного цитированные авторы наблюдали необыкновенно благоприятное течение болезни даже после очень тяжелых операций.

М. Фридланд.

120. *Lumbago*—одно из распространеннейших и, в то же время, одно из наименее изученных страданий. Остен-Сакен (Журн. Совр. Хир., вып. 3—4, 1926) полагает, что под lumbago следует подразумевать поясничные боли с острым началом, с нарушением статической и динамической функций позвоночника, но без других явных изменений. Главнейших форм две: травматическая, наблюдающаяся чаще всего у носителей тяжести, при которой требуется сохранение равновесия („носаки“ из категории деревообделочников), и вторая форма—ревматическая, поражающая преимущественно литейщиков. В основе травматических форм lumbago, повидимому, чаще всего лежит чрезмерное или неkoordinированное сокращение мышц, причем боли зависят или от первичного одновременного воздействия на нервную систему, или от вторичных в ней изменений, наступающих вслед за повреждением мускулатуры и кровеносных сосудов. В основе ревматических форм прострела лежит утомление мышц, что может обусловить надрывы ее волокон (Lorenz), коллоидные изменения,—ревматический миогелоз (Schade, Lange, Eversbusch), или травматизацию межпозвоночных кружков (Zollinger). Особенно резко влияние утомления при одновременном воздействии моментов охлаждения,—простуды. Кроме указанных двух главных форм, автор различает