

удаления *plcae synovialis patellaris* становится легко доступным межмышечное пространство, где на внутренней поверхности наружного мыщелка видно место отрыва *lig. cruciati ant.* Культи последней освежается, и через нее проводится петля из алюминиево-бронзовой проволоки, концы которой продеваются в 2 специально просверленные через толщу наружного мыщелка дыры, начинающиеся у места отрыва связки и выходящие на наружной поверхности латерального мыщелка над его верхушкой, причем костные каналы должны отстоять друг от друга на 1 см. Для облегчения продевания концов фиксирующей связку проволоки через просверленные каналы, в них пропускают сначала петлю другой проволоки, которой и протаскивают фиксирующую. Оба конца фиксирующей проволоки после проведения через мыщелок натягивают до тех пор, пока культи крестообразной связки не подтянутся вплотную к месту своего прикрепления, которое должно быть также освежено долотом. Концы проволоки закручиваются на наружной поверхности *cond. externi*. Шина в слегка согнутом положении колена. Через 3 недели—ходьба в с'емной цинковой шине. Указанным образом были прооперированы 3 случая с травмами 7-недельной, 7-летней и 3-месячной давности у женщины 28-летнего возраста и двух мужчин, 28 и 20 лет, с полным успехом, прослеженным в течение 1—4 лет. Сравнивая свой способ с другими способами: Грекова-Петрашевской (пластическая замена связки трансплантированной фасцией) и Groves'a (замена *ligamenti cruc. ant.* проведенным через канал *tractus ileotibialis*, а *lig. cruciati post.*—сухожилием *semitendinosi* и *gracilis*), Perthes считает свой способ технически более простым и более прослеженным в отношении своих результатов; этим же способом легко фиксировать отрывы связок вместе с их костным основанием. Методы Г.-П. и Г. имеют, по Р., преимущество лишь тогда, когда культи связки атрофировались.

М. Фридланд.

377. *Подкожные инъекции инсулина при хронических язвах голени* с большим успехом в 10 случаях применили Faure-Beaulieu и David (по реф. Zentr. f. Chir., 1926, № 3). Объясняя этот эффект, авторы опираются на тот факт, что язвы голени часто сопровождаются гипергликемией без явлений диабета.

М. Фридланд.

378. *Кардиолиз при заболеваниях сердца.* Брауер считает, что операция кардиолиза, или, правильнее, прекардиального тораколиза, показана только в случаях сращения сердца с грудной клеткой и наличия механического препятствия для сердечных сокращений. По Haim'u (Zentr. f. Chir., 1925, № 36), однако, кардиолиз можно с пользой для больных предпринимать и при других заболеваниях сердца. Поводом для таких выводов автору послужили два его личных наблюдения. Первое касается мальчика, который после перенесенной пиемии страдал тяжелым поражением сердца (увеличение сердечной тупости, глухие тоны, тахикардия, диспноэ и цианоз); у этого же больного в области от V до VII ребра слева образовался холодный нарыв, по поводу чего автор резецировал большой кусок кариозного V ребра и обнажил на большом протяжении перикард. В результате операции больной излечился не только от поражения ребер, но и от заболевания сердца, которое автор трактовал, как послеинфекционный миокардит. Второй больной страдал циррозом печени, сопровождавшимся увеличением селезенки, асцитом, шумами в сердце и значительным его расширением. Автор сделал операцию кардиолиза, заключающуюся в данном случае в резекции IV—VI ребер на протяжении 6 сант. и раскрытии полости перикарда, в которой оказалось немного прозрачной жидкости. Ближайшие результаты операции были очень хорошие, но через несколько месяцев больная погибла при явлениях кровоизлияния в мозг. Эти два случая заставили автора расширить показания к кардиолизу и рекомендовать его при ряде сердечных заболеваний, ведущих к гипертрофии сердца (артериосклероз, нефросклероз, гипертония и т. д.). Свою мысль автор считает тем более правильной, что она подтверждается опытами Felix'a, который у собак с большими сердечными клапанами получал излечение после широкого раскрытия сердечной сорочки.

Л. Ратнер.

379. *Хирургическое лечение митральных стенозов.* Благодаря работам американских ученых (Duff, Allen и Cutler) проблема хирургического лечения пороков сердечных клапанов должна считаться разрешенной. Она вышла из пределов экспериментальной разработки и перешла в клинику, и в настоящее время появляются уже единичные описания операций при пороках сердечных клапанов у людей. Так, Souttar (Brit. med. Jour., 1925, № 3379) сообщает о моло-

дой девушке, страдавшей сужением митральной заслонки и хореей, которая была принята в терапевтическое отделение с явлениями декомпенсации (кровохарканье, рвота, одышка, цианоз, увеличение печени, учащение пульса до 128). Терапевтическое лечение давало только временный и неполный эффект, почему больная была переведена в хирургическое отделение, где ей была сделана операция под интратрахеальным наркозом. Сердце было обнажено подкожнообразным разрезом, вертикальным колено которого проходило через грудину, верхнее горизонтальное находилось в 1 левом межреберье, а нижнее — в IV. Перикард был раскрыт вертикальным разрезом в 3 дюйма, и в рану была выведена левая половина сердца. Для того, чтобы легче было удерживать сердце во время манипуляций на нем, были проведены через верхний и нижний край левого сердечного ушка два шва, после чего ушко было разрезано в передне-заднем направлении. Разрез был настолько велик, что через него можно было ввести в полость сердца левый указательный палец. Палец этот, будучи введен в полость предсердия, мог ощущать там сильный водоворот крови; когда же он был введен в желудочек, то кровяное давление стало равным 0. В левом желудочке сердца было обнаружено резкое сужение митрального отверстия без утолщения клапанов. С целью скорее выйти из полости сердца оператор, вместо предполагавшегося и технически вполне возможного рассечения митрального отверстия герниотомом, сделал только растяжение его пальцем. Палец оставался в полостях сердца 2 минуты. При обратном вынимании его соскочила нижняя нить, удерживавшая ушко, и последовало значительное кровотечение, которое быстро прекратилось после наложения шелковых швов на сердечное ушко. Далее были тщательно защищены перикард и стенки грудной полости. Пульс после операции сделался превосходным, послеоперационное течение гладкое. В момент опубликования автором этого случая, т. е. через 3 месяца после операции, больная чувствовала себя очень хорошо.

Л. Ратнер.

380. Показания к искусственному параличу диафрагмы и результаты его применения. Gergely (Zeit. f. Tbc., 1926, N. 4) дает оценку операции френикотомии в связи с операциями пневмоторакса и торакопластики и приходит к выводу, что пневмоторакс не должен применяться в случаях компактных, обширных инфильтратов легких, при склонных к перфорации пристеночных кавернах и при старых циррозах легких с ретракцией грудной клетки. При экстраплевральной торакопластике все препятствия к спадению легких и ослобления со стороны плевры (перфорация соседних участков легких вследствие разрыва каверны, экссуудаты) устраняются, но операция эта очень тяжела и уродует грудную клетку. Среднее между этими двумя операциями место занимает френикотомия, которая, по мнению Gergely, должна предприниматься не только как дополнительное вмешательство. Наилучшие результаты дает она в тех случаях, когда предпринимается вместо показанного, но невыполнимого пневмоторакса. В 18 случаях автора операция искусственного паралича диафрагмы была предпринята, как подготовительный акт к торакопластике, но последняя понадобилась только в 4 случаях, в 12 же френикотомия дала такие прекрасные результаты, что дальнейшая компрессия легких оказалась ненужной. Собственный опыт автора базируется на 100 случаях френикотомии, причем в 95 операция была предпринята по поводу тбс легких, в 2—по поводу эмпиэмы, в 2—при бронхоэктазии и в 1—при абсцессе легких. У 51 больного френикотомия являлась самостоятельной операцией, у остальных—вспомогательной к торакопластике и пневмотораксу. Результаты: у 48 больных клиническое выздоровление, у 16—улучшение симптомов, у 9 болезней осталась без изменений, у 4—наступило ухудшение, и в 12 случаях последовала смерть. Последняя наблюдалась всегда в случаях двустороннего легочного тбс, или в случаях комбинации с тбс гортани или кишечника. Пневмоторакс после предварительной френикотомии можно было сделать более полным, и операция проходила легче. Никаких прямых осложнений операция френикотомии не давала.

Л. Ратнер.

381. Новый способ закрытия свищей окологрудинной железы предлагает Гессе (Zentr. f. Chir., 1926, № 22). Сначала производится овальное окаймление свища небольшим кожным разрезом, концы которого дополняются 1—1½-сантиметровым рассечением. Направление разреза зависит от положения свища, но чаще разрез должен быть горизонтальным. Далее свищевой ход отпрепаровывается по всей своей длине вплоть до железы и в глубине ее отсекается, края железы здесь освежаются и очень прочно стягиваются кисетным швом, причем культи