

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 каверн, 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 околушной 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