

дой девушки, 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 интраптракеальным наркозом. Сердце было обнажено подковообразным разрезом, вертикальное 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.* G e g e l y (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 инфильтраций 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 осложнения со стороны плевры (перфорация соседних участков легких вследствие разрыва каверн, экскурсии) устраняются, но операция эта очень тяжела и уродует грудную клетку. Среднее между этими двумя операциями место занимает френикотомия, которая, по мнению G e g e l y, должна предприниматься не только как дополнительное, или подготовительное, но и как самостоятельное 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 тbc 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 болезнь осталась без изменений, у 4 — наступило ухудшение, и в 12 случаях последовала смерть. Последняя наблюдалась всегда в случаях двустороннего легочного тbc, или в случаях комбинации с тbc 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 околоушной железы* предлагает Гессе (Zentr. f. Chir., 1926, № 22). Сначала производится овальное окаймление свища небольшим кожным разрезом, концы которого дополняются 1—1½-санитметровым 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

свищевого хода инвагинируется вглубь, а стенки должны быть плотно прижаты друг к другу. Затем выкраивается из *fascia parotidea* лоскут с основанием близ общего свища. Лоскут этот отворачивается и тесно прикладывается к оперированной части железы, будучи по всей своей периферии фиксирован швами. Т. о. лоскут смотрит теперь своей внутренней поверхностью кнаружи. Дефект в *fascia parotis* не зашивается. В заключение накладывается глухой шов на кожу и давящая повязка. Этим способом, по существу очень простым, автор успешно проперировал двух больных.

M. Фридланд.

382. К дифференциальной диагностике и терапии язв и рака желудка у глубоких стариков. Как известно, именно у лиц преклонного возраста провести отличительное распознавание между этими двумя заболеваниями невсегда бывает легко. Проф. Finsterer (Wien. klin. Woch., 1926, № 23) советует для этой цели обращать внимание на следующие признаки: 1) продолжительность болезни,—значительная говорит за язву желудка или duodenit, кратковременная—за рак; 2) исхудание и потерю аппетита,—наличность их говорят в пользу рака; 3) рвоту,—при раке она зависит от сужения pylori и наблюдается в поздних стадиях болезни, при язве же зависит от пиlorоспазма и развивается сравнительно рано; 4) боли,—при незначительной продолжительности заболевания сильные боли указывают на *ulcus callosum*, при раке же они наблюдаются лишь тогда, когда новообразование распространится на окружающие части, поразит plexus coeliacus и ретроперитонеальные железы; 5) опухоль,—прощупывание ее говорит за рак, хотя именно в глубокой старости мозолистые язвы могут прощупываться в виде опухоли, а равно последнюю могут симулировать гипертрофия желудка и спазм antri; 6) кислотность желудочного сока,—отсутствие свободной соляной кислоты и наличие молочной говорят за рак, хотя иногда и при раке наблюдается hyperaciditas и отсутствие молочной кислоты (особенно при препилорическом положении рака). Ввиду трудности отличия язвы от рака в сомнительных случаях надо прибегать к пробной лапаротомии. Что касается терапии, то и при язвах желудка и duodenit, и при раке автор стоит за резекцию, которая даже у глубоких стариков не так уже опасна: из 83 случаев, где резекция была сделана у лиц в возрасте от 60 до 78 лет по поводу язв, она имела смертельный исход лишь однажды, а из 48 случаев, где операция была произведена у стариков при раке, окончились смертью 4 (8.3%), в том числе в 1 случае смерть последовала от пневмонии. Конечно, такая незначительная первичная смертность получается лишь там, где операция производиться не под общим наркозом, а под местной анестезией. Гастро-энтеростомии автор советует производить лишь при запущенных раках, осложненных стенозом, где рвота вызывает невыносимые боли.

B. Сергеев.

383. К хирургическому лечению язв 12-перстной кишки. Deviné (Surg., gyn. a. obst., 1925, № 1) отмечает трудность хирургического лечения старых, омозолелых язв на задней стенке 12-перстной кишки: резекция этих язв всегда трудна и опасна, гастро-энтеростомия же часто сопровождается их рецидивами. Для подобных случаев автор предлагает видоизмененную им операцию Ролуо: желудок перерезается на избранном месте, часть его с pylorus'ом зашивается наглухо и тщательно защищается, другой же разрез во всю ширину вшивается в начало jejunum. Главная цель операции—ошелачивание, причем, по наблюдениям автора, чем ближе разрез кладется к fundus ventriculi, тем лучше достигается эта цель.

M. Чалусов.

384. Проводниковая анестезия поясничного сплетения. Degehnardt (Zentr. f. Chir., 1926, № 25) в 48 случаях с успехом применил проводниковое обезболивание поясничного сплетения по Schlesinger'у при операциях в паховой и тазовой областях и на нижних конечностях, причем для паховых грыж он должен был дополнительно обезболивать D₁₂, а для операций в тазовой области—n. ischiadicus. Техника такова: усадив больного, как при спинномозговом обезболивании, ощупывают sp. iliaca poster. sup. и через этот пункт мысленно проводят вертикаль; затем на 1,5—2 поперечных пальца ниже гребня подвздошной кости проводят горизонтальную прямую; место пересечения этих прямых и служит для вкюла. Парэстезия при последнем указывает, что вкюл сделан правильно, и тогда вливают 50 к. с 1% новокаина с адреналином. Анестезия наступает через 20 мин. после впрыскивания и продолжается 1½—2 часа.

I. Цимхес.

385. О применении ингаляций углекислоты в хирургии. По Dzialsoszynskому (Zentr. f. Chir., 1926, № 23) углекислота при ингаляции вызывает