

свищевого хода инвагинируется вглубь, а стенки должны быть плотно прижаты друг к другу. Затем выкраивается из fascia parotidea лоскут с основанием близ обшитою 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 прооперировал двух больных.

М. 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 не всегда 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 duodeni, кратковременная — за рак; 2) исхудание и потерю аппетита, — наличие их говорит в поздних стадиях болезни, при язве же зависит от сужения pylori и наблюдается в поздних стадиях болезни, при язве же зависит от пилороспазма и развивается сравнительно рано; 3) 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; 4) 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; 5) 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 преиристорическом положении рака). В виду трудности отличия язвы от рака в сомнительных случаях надо прибегать к пробной лапаротомии. Что касается терапии, то и при язвах желудка и duodeni, 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 язвы, 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 производится не под общим наркозом, а под местной анестезией. Гастро-энтеростомию автор советует производить лишь при запущенных раках, осложненных стенозом, где рвота вызывает невыносимые боли.

В. Сергеев.

383. *К хирургическому лечению язв 12-перстной кишки.* Devine (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 Polyo: 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 — опсчелачивание, причем, по наблюдениям автора, чем ближе разрез кладется к fundus ventriculi, тем лучше достигается эта цель.

М. Чалусов.

384. *Проводниковая анестезия поясничного сплетения.* Degenhardt (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 вкола. Парестезия при последнем указывает, что вкол сделан правильно, и тогда вливают 50 к. с 1% новокаина с адреналином. Анестезия наступает через 20 мин. после впрыскивания и продолжается 1½—2 часа.

И. Цимхес.

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