

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

сильное раздражение дыхательного центра и глубокие и частые дыхания. Благодаря заметному усилию дыхательной деятельности вдохнутый наркотик быстрее выделяется из тела, легкие вентилируются вплоть до мельчайших бронхов, и выделяется секрет, наполняющий дыхательные пути. Автор брал 10-литровый резиновый мешок и насыпал его из бомбы углекислотой; у мешка был кран с запором, на который надевался эластический катетер; последний вводился в полость носа, и кран открывался. Тотчас после этого дыхание, как убедился автор, становится глубже, лицо краснее, наркотизированные просыпаются, и у них быстро выделяется скопившийся во рту секрет. Показания для применения вдыхания CO_2 широки: кроме применения ее в конце наркоза, для быстрого пробуждения оперированных, очень важно применение ее у больных, задерживающих дыхание при пробуждении. Ингаляции CO_2 являются также профилактическим и лечебным средством при послеоперационных бронхитах и пневмониях. У стариков от них получался успех при общей слабости в первые дни после операции. Дорринг рекомендует такие ингаляции при послеоперационной икоте. В акушерстве рекомендуется применение вдыханий углекислоты при asphyxia neonatorum.

П. Цимхес.

386. *Послеоперационный лейкоцитоз*. Witter (Surg., gyn. a. obst., 1925, № 1) на основании изучения 30 случаев приходит к заключению, что 1) послеоперационный лейкоцитоз достигает своего maximum'а на 4-м часу после операции и возвращается к норме на 5-й день, 2) высота его прямо пропорциональна продолжительности операции и степени операционной травмы, остальные же факторы не имеют значения, 3) выражается он главным образом полинуклеозом, 4) кривая его в общем соответствует температурной кривой, но не с полной точностью.

М. Чалусов.

387. *Пилокарпин при послеоперационной задержке мочеиспускания*, как показывают клинические наблюдения Lampert'a (Zentr. f. Chir., 1926, № 8), оказывает превосходные услуги: уже однократная инъекция в вену 1,0 1/0-ного раствора пилокарпина (максимальная разовая доза 0,02, pro die 0,05 чистого пилокарпина) даже после 24-часовой задержки дает через 5—15 минут самостоятельное мочеиспускание.

М. Фридланд.

388. *О послеоперационных рефлекторных расстройствах сердечной деятельности механического происхождения*. По мнению Sauebergisch'a (Zentr. f. Chir., 1925, № 16) при операциях в грудной полости оперирующему необходимо быть точно осведомленным о рефлекторных путях, идущих из грудной полости, и о рефлекторных расстройствах, иногда сопровождающих интрапракальные вмешательства. В литературе этот вопрос совершенно не освещен, почему приведенные автором три случая своеобразного изменения сердечного ритма после операций в грудной полости представляют большой интерес. В первом из них была сделана операция удаления осколка из правого легкого, причем потребовались освобождение правого предсердия и перевязка верхней ветви легочной артерии. Так как инородное тело было покрыто гноем, то в рану был введен тампон. Уже на операционном столе, при хорошем общем состоянии больного и при глубоком правильном дыхании, пульс участился до 160—180 ударов в минуту и стал аритмичным; сердечные средства не оказали никакого действия, и только на 5-й день после операции, когда был вынут тампон, сердечная деятельность наладилась. При последующих перевязках каждое введение тампона в глубину вызывало такое же расстройство сердечной деятельности, а вынимание его регулярно ее восстанавливало. Этот случай с точностью эксперимента показывает, что механическое раздражение тампоном нервных проводников, заложенных в правом предсердии, может рефлекторно вызвать аритмию и тахикардию. Второй случай касался больной, благополучно перенесшей операцию экстраплевральной торакопластики с удалением ребер от II до IX. К вечеру в день операции пульс поднялся до 130 ударов, и появилась аритмия. При дальнейшем исследовании оказалось, что число пульсовых ударов на правой лучевой артерии равнялось 128, а на левой—78, и что справа пульс был сильнее, чем слева. Такое парадоксальное состояние известно в литературе под названием «порхания предсердий». Автор объясняет его возникновение в данном случае механическим давлением запавшего после операции легкого и грудной клетки на правую половину средостения и на правое предсердие. В третьем случае дело шло о больной, которая страдала застарелым плевритом после искусственного пневмоторакса, у которой Sauebergisch сделал интраплевральную пластику с удалением большого числа ребер. Местный успех операции был пре-