

Из хирургической клиники Казанского гос. института для усов. врачей
им. В. И. Ленина. (Директор проф. В. Л. Боголюбов).

Хирургическое лечение хронических эмпием плевральной полости.

Прив.-доцента Ю. А. Ратнера.

Эпидемия гриппа, захватившая широкой волной нашу страну, дала значительный рост гнойных плевритов. В связи с этим вопрос о лечении эмпием плевральной полости принял актуальный характер и значение злободневного вопроса. Одним из тяжелых последствий острого гнойного плеврита является незаживающий свищ, хроническая эмпиема.

Лечение хронических эмпием плевральной полости—одна из трудных и неблагоприятных задач для хирурга. Среди нас, врачей, весьма распространен такой взгляд, что незаживающий свищ плевральной полости есть следствие плохого лечения острого плеврита. В этом замечании немало горькой правды, но было бы грубой ошибкой возложить вину во всех случаях на хирурга. Независимо от опыта врача и от метода лечения, исход болезни часто уже предопределен до операции всеми особенностями данного случая. Мы знаем, что выздоровление при гнойном плеврите получается путем запустения плевральной полости, путем слипания плевральных листков. В большинстве случаев, после того как дан выход тною наружу и уничтожено повышенное внутриплевральное давление, легкое, сдавленное выпотом, расправляется в силу собственных эластических свойств. У детей легкое, обладающее большими эластическими свойствами, быстро расправляется и заполняет собою всю плевральную полость. У взрослого развертывание легкого идет гораздо медленнее. Различные моменты могут влиять неблагоприятно на темпы развертывания легкого после операции. Если больной попадает в руки хирурга спустя много недель от начала болезни, шансы на полное выздоровление и закрытие свища ничтожны. К этому времени легкое в значительной мере уже успело потерять свои эластические свойства. Организовавшийся фибрин окутывает легкое мощными спайками, одевает его рубцовым прочным панцирем. Заключение в тисках рубцов легкое не в состоянии расправиться, несмотря на применение активной аспирации. Хронический свищ может считаться обеспеченным в таких запущенных случаях. В пожилом возрасте эластические свойства легкого в значительной степени уступают молодому организму. Спавшееся и отошедшее к своему корню легкое самостоятельно не в состоянии расправиться даже при отсутствии спаек и шварт, объем дыхательных экскурсий не достигает нормального. У лиц, достигших среднего возраста, как известно, очень часто находят спайки между плевральными листками, остатки перенесенного сухого плеврита. Эти спайки, существовавшие ранее у больного, могут обусловить задержку гноя в полости и мешают расправлению легкого после операции. Гнойный плеврит, развившийся вслед за прорывом гнойника легкого в плевру, пиоторакс, в особенности часто дает незаживающий хронический свищ. Истинная причина этого осложнения открывается иногда только на операции в виде бронхиального свища тех или иных размеров. Помимо указанных причинных моментов, заложенных внутриплеврально, имеет,

конечно, значение характер инфекции, вирулентность бактерий, с одной стороны, а с другой, общие силы организма, степень истощения к моменту, когда опасность от инфекции уже ликвидирована и на помощь организму должны явиться пластические способности плевральных листков.

Но в огромном, подавляющем большинстве случаев существование хронического свища зависит от неправильного, нерационального метода лечения. Мы должны в этом признаться. Нельзя рассматривать гнойный плеврит как обыкновенный гнойник и лечить по принципу: *ubi pus, ibi evasus*. Необходимо, как при самой операции, так в особенности после операции, с первых же дней позаботиться о том, чтобы сохранить физиологические законы, присущие плевральной полости. Открытый пневмоторакс ведет к спадению легкого, вызывает образование мощных шварт обоих плевральных листков. Долгое пребывание дренажа и тампонов в плевральной полости мешает легкому расправиться. В последующем они являются для раны инородными телами. Своевременное удаление дренажной трубки и дыхательная гимнастика должны способствовать закрытию плеврального свища. Описано немало случаев, когда на операции находили ушедшую в полость дренажную трубку при открытом способе лечения эмпиэм. В лечении острых эмпиэм не может быть шаблона. Каждый случай имеет свои особенности. Наиболее рациональным методом для большинства свободных эмпиэм является закрытый способ лечения с активной аспирацией. При этом способе количество хронических свищей значительно меньше, чем при открытом. Предупредить образование хронического свища зависит часто от хирурга. Вопрос о лечении острых эмпиэм сохраняет в полной мере свою актуальность и свое значение для интересующего нас вопроса—лечения хронических остаточных полостей, лечения, требующего тяжелых, калечащих операций.

От каких бы причин ни зависело существование хронической остаточной полости, хронического свища, настает день, когда требуется вмешательство хирурга, ибо длительное, годами, существование гнойной полости несовместимо с жизнью. Неминуемо общее истощение организма, неизбежно амилоидное перерождение внутренних органов. Хронический гнойный свищ, помимо общего влияния на организм, превращает носителя его в полунинвалида и вынуждает его в конце концов искать оперативной помощи. Вопрос об операции, само собой понятно, встает после того как исчерпаны все консервативные меры, направленные на закрытие свища. Все, что способствует повышению общих сил организма, что помогает легкому расправиться, может и должно быть предпринято, прежде чем решиться на тяжелую операцию. Не приходится доказывать, какое важное значение имеет климатическое лечение, усиленное питание, дыхательная гимнастика. В более свежих случаях не без успеха может быть испробована активная аспирация легкого. Промывание плевральной полости теми или другими бактерицидными растворами в лучшем случае могут несколько уменьшить количество гнойного отделяемого, но никак не могут воздействовать на уничтожение остаточной полости. Опасность интоксикации от всасывания раствора плевральными листками, от занесения микробов в глубину при промывании, от фиксации их на легком слишком велика, чтобы оправдать проблематическое бактерицидное действие раствора. Возлагавшиеся надежды на замещение остаточной полости пломбами и пастами различного состава также не оправдали себя. Это и

понятно. Кто хоть раз видел на операции запаянное рубцами легкое, оmozолелую, толщиной в несколько пальцев костальную плевру, тот едва ли поверит, что могут существовать другие пути для закрытия свища, кроме оперативного.

Надо строго различать хроническую остаточную полость и хронический плевральный свищ. Если при узком, неглубоко идущем свище, отделяющем часто только серозную жидкость и в небольшом количестве, может наступить самостоятельное выздоровление благодаря, главным образом, податливости грудной стенки, выраженной в юношеском возрасте, то при наличии гнойной полости, вполне сформированной и окруженной со всех сторон прочными рубцами, нет и не может быть другого пути как иссечение, унесение одного или обоих плевральных листков, представляющих собой толстые шварты и совершенно нежизнеспособных. Мы не располагаем, к сожалению, точными методами для определения размеров, направления и глубины свищевого хода. Все особенности случая, а порой и причина незаживающего свища выясняются только на операции. Наиболее верным орудием является зонд, который может дать приблизительное представление о глубине и направлении свища. По характеру и количеству отделяемого мы можем судить о размерах полости. Рентгеновское исследование не дает точных данных. Тень, получаемая от толстых шварт, совершенно маскирует остаточную полость; даже контрастные снимки с иодипином не дают ясной картины, не говоря о том, что необходимо больного снимать с опрокинутой головой для того, чтобы вся полость заполнилась раствором.

Когда перед нами предстает один из таких больных с незаживающим свищем плевральной полости после острого гнойного плеврита, истощенный, с постоянно промокающей гноем повязкой, потерявший веру в излечение после безуспешно применявшейся консервативной терапии, мы вынуждены предложить больному операцию, зная заранее все трудности и опасности, связанные с ней. Цель операции уничтожить тем или другим путем остаточную полость, вызвать закрытие гнойного свища. Эта задача может быть осуществлена лишь пластическим путем, путем операции на грудной стенке или на легком. Грубо рассуждая, мы имеем тех или иных размеров внутриплевральную полость, стенки которой составляют, с одной стороны, рубцовое легкое, с другой стороны, неподатливая грудная стенка с оmozолелой костальной плеврой. Пути и возможности ограничены данными условиями. Доступ к остаточной полости открывается торакотомией, после чего, смотря по случаю, следует пластическая операция. Два главных пути, две возможности представляются при этом: или мобилизация грудной стенки с целью вызвать сдавление полости, или мобилизация легкого, которое должно, расправившись, заполнить всю полость. Третий путь не ставит задачей мобилизацию плевральных листков, а рассчитан на заполнение остаточной полости тем или другим, живым или мертвым материалом.

История вопроса о лечении хронических эмпиэм есть история торакопластики, ряда пластических операций, предложенных для мобилизации грудной стенки. Некоторые из них имеют теперь лишь историческое значение, составив известный этап в развитии операции Schöde, радикальной торакопластики. Эти операции, постепенно отходящие в историю, рассчитаны на мобилизацию одной костной, реберной части грудной

стенки, между тем как костальная плевра остается на своем месте нетронутой. В этом слабая сторона и причина неуспеха экстраплевр. торакопластики (операция Субботина, Östländer'a), Ошвартованные плевральные листки не обладают пластическими свойствами, неспособны к слипанию. Чтобы добиться успеха, важно не только вызвать полное сдавление полости путем мобилизации грудной клетки, но унести целиком костальную плевру на протяжении торакотомической раны, привлечь на помощь пластические свойства мягких тканей грудной стенки. Идея операции Schöde, которому принадлежит заслуга разработки этого вопроса, заключается в полной мобилизации грудной стенки с обязательным унесением по возможности всей рубцово-измененной реберной плевры. Эта радикальная операция, только по иронии называемая торакопластикой, может с полным правом считаться классической, вполне обоснованной по идее, но трудной и опасной для жизни. Речь, во всяком случае, идет не о пластической операции, как мы привыкли это понимать, а о тяжелой, калечащей операции, которая, если она удастся, превращает больного в полудинвалида.

Техника этой радикальной операции по Schöde ясна из идеи, предложенной автором, и представляется в следующем виде. Большой дугообразно-овальный разрез с основанием в подмышечной впадине и на уровне свища. Кожно-мышечный лоскут отсекается кверху. Поднадкостничная резекция ребер на широком протяжении от 10-го до 2-го. Острыми ножницами пересекается рубцовая плевра с межреберными нервами и сосудами сначала на задней стороне, затем на передней. Весь рубцовый лоскут иссекается на протяжении обнаженной раны. Кожно-мышечный лоскут кладется непосредственно на обнаженное легкое и придавливается повязкой. Дренаж и тампон в нижний угол раны. На остальном протяжении рана зашивается.

В таком виде операция, предложенная Schöde и производимая им при тотальной эмпиэме, является чрезвычайно тяжелым вмешательством для ослабленного больного. Почти полная декостация одной половины грудной стенки и в один сеанс, множественная перерезка межреберных нервов, плевральный шок, длительный наркоз могут вести к смерти уже на операционном столе или в ближайшие часы. Нет сомнений, что эта радикальная операция может дать успех в наиболее тяжелых случаях обширных эмпиэм, но выздоровление покупается слишком дорогой ценой. Естественно стремление большинства хирургов, сохраняя принцип Schöde, разложить операцию на несколько моментов или сделать ее более „экономной“, удаляя ребра и плевру только на территории остаточной полости. При тотальной эмпиэме, учитывая все опасности, связанные с радикальной торакопластикой, безусловно необходимо стремиться разложить операцию на 2 или на 3 момента так, чтобы на первый момент ограничиться резекцией большей части нижних ребер, а затем в следующий этап иссечь остальные вместе с реберной плеврой. Вгаип предлагает разбить операцию на 4 момента. В первый прием из межреберного разреза удаляются только 2-3 нижних ребра, рана уплощается. Во второй прием из разреза вдоль позвоночного столба перерезаются под контролем пальца ребра и плевральная шварт большими костными ножницами. То же самое производится в третий прием спереди, параллельно грудине. В четвертый момент лоскут откидывается кверху, удаляются ребра вместе с рубцовой плеврой, делаются дополнительные надсечки Delorme'у на висцеральной плевре, после чего лоскут укладывается на расправленное легкое. Показанием к широкой торакопластике, в один или несколько

моментов, являются, на наш взгляд, только наиболее тяжелые случаи тотальных эмпиэм. Во всех остальных случаях вполне возможно ограничиться частичной резекцией ребер и удалением костальной плевры только на протяжении остаточной полости. Смотря по случаю, по размерам остаточной полости, операция произойдет в один или два момента.

Техника торакопластики, принятая в нашей клинике, такова. Овальный разрез с основанием на уровне свища. Кожно-мышечный лоскут отсекается и откидывается кверху. Поднакостничная резекция двух нижних ребер и широкое вскрытие полости, после чего представляется возможным введенной рукой определить размеры и направление остаточной полости. Тем самым выясняется, какое количество ребер и на каком протяжении необходимо иссечь, чтобы получить западение грудной стенки. Если полость велика, операция может быть разложена на 2 момента. Вопрос, таким образом, разрешается на основании полученных данных в самом начале операции. Удаляются также концы резецированного ранее ребра с тем, чтобы сделать рану плоской и вызвать спадение стенки до уровня диафрагмы. Плевральная швартта иссекается крепкими ножницами по всей окружности раны, образованной резецированными ребрами. Мобилизация грудной стенки производится до уровня купола остаточной полости. Значительно облегчает резекцию верхних ребер широкий лоскут с оттягиванием лопатки кверху. Ребра иссекаются на большом протяжении в подмышечной впадине по сосковой и задне-лопаточной линии. В среднем число удаляемых ребер достигает от 5 до 8. При этом не получается такой резкой деформации, как при клинической операции Schöde. В таком виде торакопластика представляется нам менее травматичной, более щадящей силы больного. Хотя грудная клетка в значительной степени обезображена, однако нет искривления позвоночника, резкого смещения и перегиба средостения, сохраняется работоспособность. В некоторых случаях отмечается неполный паралич брюшной стенки на оперированной стороне в зависимости от перерезки межреберных нервов, который, однако, мало беспокоит больных и не причиняет им расстройств. Личный опыт нам показывает, что такая «экономная» торакопластика при обязательном условии иссечения всей рубцовой плевры дает хорошие результаты и значительно снижает процент смертности после операции. Состояние больных после торакопластики в первые дни весьма тяжелое. Огромных размеров рана груди, нанесенная в инфицированном поле, множественная перерезка нервов и резекция ребер не могут не отразиться на общем состоянии больного и, главным образом, на работе сердца и легких. Сильная одышка, частый пульс, высокая температура являются как бы правилом в первые дни и выравниваются постепенно, начиная с 4—5 дня. Мучителен, чрезвычайно болезнен кашель у оперированного. Больной не в состоянии позволить себе такую роскошь, как кашель. Первое, что необходимо оперированному—большие дозы наркотика. Пантопон или морфий 3 раза в день по 1—1½ кубика. Обязательно высокое положение в постели. Применяем сердечные средства в больших дозах (ol. camphorae, coffein) и физиологический раствор под кожу. Смена тампонов производится позднее, на второй неделе, в первые дни сменяются лишь верхние, наружные пласты повязки. При последующих перевязках тампоны укорачиваются, рана постепенно выполняется из глубины, уменьшается в размерах. Чрезвычайно важно не давать наружному отверстию суживаться, прежде чем полость не измелчала. Заживление раны затягивается в среднем на 2—3 месяца. Спустя 2—3 недели после операции лечение может быть амбулаторное.

Другой путь для уничтожения остаточной гнойной полости представляет операция на висцеральной плевре, кровавое расправление запаянного в рубцах легкого. Операция высвобождения легкого из рубцов, декортикация легкого, была предложена Delorme'ом. На первый взгляд эта операция может показаться более простой и более выдержанной, чем торакопластика. Что может лучше заполнить полость, чем расправленное легкое? Более естественной кажется идея мобилизации легкого, нежели декостация грудной стенки. На самом деле это не так. Путь к висцеральной плевре лежит также через торакотомия и требует множественной резекции ребер. Париетальная плевро при этом, как при операции

Schöde, уносится. Когда, таким образом, частично торакопластика уже произведена, предстоит заняться декортикацией легкого. По мысли автора, необходимо снять, содрать с легкого одевающий его рубцовый панцирь, после чего легкое тут же расправляется и выполняет собой плевральную полость. Декортикация по Delorme'у таит в себе большие опасности, из которых самая главная — кровотечение. Почти невозможно не перейти границы между рубцовой тканью и паренхимой легкого. Ранение легкого неизбежно. Начавшееся кровотечение не только мешает дальше работать, но почти всегда вынуждает хирурга на этом кончить операцию. Кровотечение возможно остановить лишь тампонадой, оно может принять угрожающие размеры. Таким образом операция редко доводится до конца. Не исключается возможность воздушной эмболии при этой операции. Не менее серьезной является также опасность занесения инфекции из гнойной полости в легочную ткань через многочисленные открытые сосуды и щели и возникновение послеоперационной пневмонии и абсцессов легкого. В чистом виде операция Delorme'a является трудно выполнимой и опасной для жизни. Широкого распространения поэтому декортикация не получила и встретила на последнем Съезде немецких хирургов отрицательную оценку. Однако, заманивая идея оперативным путем вызвать хотя бы частичное расправление легкого находит нередко применение при торакопластике. В урезанном виде операция Delorme'a сводится к продольным разрезам легочной плевры, к надсечкам на наружной стороне легкого, причем нож не должен проникать в паренхиму легкого. В некоторых недалеко зашедших случаях легкое после простых надрезов раздувается на глазах и выполняет собой рану. Такие добавочные разрезы на висцеральной плевре при тщательно сделанной торакопластике являются в подходящих случаях весьма целесообразными.

Третий путь лечения хронических эмпиэм основан на идее заполнения, замещения остаточной полости каким-либо пластическим материалом. Идея эта, хотя и проста, но мало обоснована. Главными принципами лечения хронических эмпиэм надо признать мобилизацию грудной стенки и легкого, иссечение рубцово измененных плевральных листков. Моментом, обуславливающим успех торакопластики, является замещение рубцовой, пластически негодной плевры лоскутом мягких тканей грудной стенки. В этом, а не в механическом сдавлении полости после мобилизации, заключается важный момент операции. Любой трансплантат, призванный заместить полость и заключенный в рубцовой ткани, обречен, большей частью, на гибель. В этом обстоятельстве кроется причина неуспеха пластических внутривисцеральных операций. В силу указанных причин операции этого типа на практике имеют небольшой круг применения.

В редких случаях хронических эмпиэм небольших размеров остаточная полость располагается под куполом плевры; узкий, извилистый свищевой ход тянется через всю плевральную полость и открывается обычно на месте резецированного ребра. Чтобы вызвать спадение такой высоко расположенной гнойной полости необходимо резецировать последовательно все ребра. Мобилизация грудной стенки у верхней апертуры встречает большие технические затруднения и, надо сказать, часто не приводит к цели. С другой стороны, широкая мобилизация грудной стенки на всем протяжении до нижних ребер оказывается при этой форме эмпиэм

лишней травмой. К тому же обширная торакопластика не вызывает заметного спадения расположенной у верхушки легкого полости. Именно при этих формах уместна попытка пластического замещения остаточной полости.

Недостатка в методах операции и в материале для пересадки нет. Когда при торакопластике выясняется расположение полости у самой верхушки, можно воспользоваться для замещения полости плевральной швартой. По Melchior'у после резекции нижних ребер плевр. шварта пересекается внизу и по бокам, складывается у своего основания в подушку, валик, который должен заполнить купол плевры. Способ Melchior'a может считаться наиболее простым, легким, и, судя по литературе, нередко сопровождается полным успехом. Небольшую полость, если ее расположение у верхушки удалось определить до операции, возможно заместить, не производя торакопластики, жиром, кетгутовой сеткой, висмутовой пластой и т. д. Для такой пломбировки достаточно резекции двух ребер соответственно местонахождению полости. Метод пломбировки тем или другим материалом может дать хорошие результаты в незапущенных случаях и при малых размерах верхушечной полости. Остаточную полость более значительных размеров этим путем нельзя уничтожить.

Совершенно по другому пути пошел Kirschner, предложивший свой способ заполнения остаточной полости грудными мышцами.

Техника операции Kirschner'a такова: грудная железа окружается большим лоскутным разрезом с основанием к плечу и кверху. Большая грудная мышца пересекается у места прикрепления к плечу, отсепаровывается вместе с малой грудной мышцей от подлежащих ребер. При этом должны быть тщательно сохранены питающие нервы и сосуды. Ассистент входит длинным корнцангом через свищевой ход в полость до купола, на уровне которого спереди резецируются 2—3 ребра. Через полученное окно в грудной стенке проводится в полость мышечный лоскут, который здесь фиксируется несколькими швами. Рана зашивается наглухо. Полость дренируется снизу через свищевое отверстие.

Способ Kirschner'a импонирует тем, что он совершенно не вызывает обезображения грудной клетки, мышечный лоскут на ножке имеет больше шансов на вживание, нежели свободный трансплантат. Техника этой операции представляется нам нелегкой, мышечным лоскутом, проведенным сверху, едва ли можно заполнить полость так, чтобы не осталось карманов, в которых неизбежно гнездится инфекция. Самый лоскут находится под угрозой нарушения питания и гнойного расплавления. Свищевой ход этим способом не устраняется. Рубцовый плевральный листок остается в полости. Успех от операции Kirschner'a кажется нам поэтому чрезвычайно сомнительным. Мы не располагаем личным опытом в лечении эмпиэм, расположенных под куполом плевральной полости. Формы эти встречаются редко. Если бы перед нами встал практически вопрос о закрытии высоко сидящей полости, мы, не отказываясь от основных принципов торакопластики, предпочли бы в данном случае пломбировку плевральной швартой по Melchior'у, как метод более простой и легкий.

Беглый критический обзор существующих методов лечения приводит нас к заключению, что при современных наших познаниях и возможностях основным методом лечения застарелых эмпиэм является торакопластика. Смотря по случаю, торакопластика может быть дополнена частичной декортикацией легкого или пломбировкой остаточной полости.

Мы располагаем всего десятью случаями торакопластики по поводу хронических плевральных эмпием. В шести случаях больные поступали в клинику по поводу хронических свищей плевральной полости после операции, произведенной в других лечебных учреждениях. В одном случае хронический свищ образовался после проникающего ранения плевральной полости, осложнившегося гнойным плевритом, в одном случае была осумкованная эмпиема, в одном случае туберкулезный пио-пневмоторакс и в одном случае мы после операции распознали тератоидную опухоль средостения и плевры, в которой развился гнойный процесс. Торакопластика предпринималась в сроки от полугода до 2-х лет после образования хронического свища, или после первой операции и, как правило, после безуспешного консервативного лечения. Количество иссеченных ребер, смотря по размерам полости, простиралось от 5—8. Операция во всех случаях производилась под общим наркозом. Мы полагали, в полном согласии с другими хирургами, имеющими опыт в этой операции, что торакопластика должна производиться под общим наркозом. К этому вынуждают большие размеры операционного поля, при котором технически трудно произвести местное обезболивание: большой кожный разрез, значительный массив мышц, на большом протяжении подлежащих рассечению, множественная резекция ребер и иссечение плевральной шварты. Едва ли даже возможно произвести эту чрезвычайно травматическую операцию под местной анестезией, не говоря об опасности плеврального шока. Эта последняя опасность значительно уменьшается, если операция идет под глубоким наркозом.

На десять оперированных случаев мы имели 2 смерти, так или иначе связанных с операцией. В одном случае мы имели дело с туберкулезным больным, у которого после прорыва каверны в плевральную полость образовался пио-пневмоторакс, потребовавший резекции ребра. Через год после первой операции при отсутствии видимых проявлений активного процесса в другом легком и относительно удовлетворительном общем состоянии больного, мы предприняли торакопластику для закрытия свища. Мы потеряли больного через 4 недели после операции вследствие активизации туберкулезного процесса в другом легком. Нам кажется не лишним подчеркнуть здесь еще раз, как строго следует ставить показания к торакопластике у туберкулезных больных, даже если второе легкое определяется клинически здоровым. Во втором случае смертный исход не связан непосредственно с операцией торакопластики. Случай этот представляет известный клинический интерес.

Больная поступила в клинику с острым гнойным правосторонним плевритом неизвестной этиологии (пневмония, тbc исключались). После операции стойкий хронический свищ с обильно серозно-гнойным отделяемым. Через полгода торакопластика—резецировано 6 ребер. После иссечения костальной плевры обратил на себя внимание необычный вид подлежащего легкого. Орган, принятый за легкое (впоследствии оказалась опухоль), представлялся с поверхности крупно-бугристым, пепельно-серого цвета, плотной хрящевой консистенции (актиномикоз? тbc?). Операцию торакопластики больная перенесла хорошо, однако свищ долго не закрывался. При рентгеноскопии обратили внимание на пятнистые тени, как от известковых отложений, в нижнем отделе легочного поля. При одной из перевязок в ране заметили пучок волос, торчащий из глубины. Стало ясно, что мы имеем тератоидную опухоль плевры. Была предпринята третья операция с целью, если это окажется возможным, удалить опухоль. Разрез по прежнему рубцу. Дополнительная резекция медиальных концов ребер и хрящей. Опухоль благополучно выделена из рубцовых сращений с диафрагмой, легким и средостением. Питательная ножка опу-

холи направлялась к средостению. Наложена клемм на ножку опухоли. В момент рассечения ножки внезапное исчезновение пульса. Вскоре пульс появился. Несмотря на принятые меры, больная от шока не оправилась и через три часа скончалась. Опухоль представляла собой тератому громадных размеров, содержала волосы, зубы, кость, занимала весь нижний отдел плевральной полости, оттеснив сморщенное легкое кверху.

Во всех остальных 8 случаях мы имеем хорошие непосредственные и отдаленные результаты (в некоторых случаях больше 2-х лет). Больные в полной мере сохранили свою трудоспособность.

Несмотря на всю тяжесть, торакопластика является для больного благодетельной операцией. Мы охотно откажемся от этой травматической операции, если нам предложат более простой и совершенный способ, но пока мы его не имеем, мы вынуждены прибегать к торакопластике. Профилактика незаживающих свищей плевральной полости заключается отчасти в рациональном лечении острых эмпиэм.

Вопрос о лечении эмпиэм плевральной полости не может считаться еще окончательно разрешенным. Дальнейшая разработка существующих методов лечения должна пойти, на наш изгяд, по пути искусственного повышения пластических свойств плевральных листков и создания условий для полного и равномерного запустения полости. Закрытый метод лечения, активная аспирация легкого являются большими достижениями на этом пути. Но неизбежны случаи, когда легкое не в состоянии полностью расправиться. Рождается вопрос, как предупредить образование свища, сохранив больному его ребра. В поисках ответа мысль невольно обращается в сторону биологических методов повышения пластических свойств плевральных листков. Разработка таких методов для хирургии плевры и легких является пока-что музыкой будущего.

Из акушерско-гинекологической клиники Государственного института для усовершенствования врачей имени В. И. Ленина (в Казани). (Заведующий—профессор И. Ф. Козлов).

Некоторые наблюдения над применением электрооно-терапии при гинекологических заболеваниях.

Прикомандированного врача Л. Г. Соболева.

Неуклонное развитие электротерапии за последние годы, основанное на ряде экспериментальных исследований и благоприятных клинических наблюдений, проведенных на большом материале, выдвигают электротерапию на видное место среди консервативных методов лечения гинекологических заболеваний. В частности ионотерапия, как один из методов электротерапии, постепенно завоевывает себе в этом отношении видное место.

Возможность введения в организм при помощи гальванического тока медикаментов была известна еще с 1833 года, когда,—впервые Palaprat, Bruns, Munch, а затем Gärtner, Lauret и Wagner—применили этот метод. С 1890 года метод этот постепенно получает теоретическое обоснование благодаря экспериментальным работам Edison'a, Шацкого, Aubert'a, Bergonié, а позднее St. Leduc и его учеников. С 1907 года у нас этот метод разрабатывается акаде-