

б) Хирургия

Stiasny, H. К вопросу о радикальной операции паховой грыжи (Zbl. Chir. 1936. 10. 546—551). А. описывает свой способ радикальной операции паховой грыжи, рекомендуемый им для случаев, где простая операция по Басси не применима из-за слабости фасций и брюшных мышц. Для укрепления наиболее слабых участков пахового канала—нижнего пахового треугольника и места выхода семенного канатика, грыжевой мешок после его изоляции от последнего отсекается возможно выше, и канатик после разреза внутренней косой мышцы живота отодвигается кверху под углом в 45—90°. На разрез внутренней косой мышцы ниже канатика накладывается 1—2 шва. Нижний паховый треугольник закрывается 2—3 швами, проходящими последовательно через *m. obliqui ext. et interni*, Пупартову связку и, наконец, через наружный лоскут апоневроза *m. obliqui externi*, при стягивании этих швов нижний паховый треугольник плотно закрывается. Швы на участок наружной косой мышцы выше места выхода семенного канатика. В результате направление последнего не совпадает с направлением действия внутрибрюшного давления и он выходит из фасции в месте наиболее сильного развития внутренней косой мышцы, что вместе с укреплением нижнего пахового треугольника в значительной степени устраняет опасность появления рецидива.

Б. Иванов.

Ierusalem M. Оперативное лечение костно-суставного и железистого туберкулеза (Wien. klin. Wschr. 1936. 18. 55). Лечение туберкулеза костей, суставов и желез должно быть прежде всего и по преимуществу консервативным. Выбор метода лечения в каждом отдельном случае должен производиться строго индивидуально и соответствовать периоду заболевания. В этом смысле могут быть показаны следующие оперативные вмешательства: 1) удаление изолированных, не слишком больших, плотных и подвижных желез на шее или в подмышечной впадине, поскольку консервативное лечение и лучистая терапия не дают никакого эффекта; 2) электрохирургическое широкое вскрытие мелких холодных абсцессов на грудной клетке или на шее, очистка их без применения острой ложки, шов без введения дренажа и рентгенотерапия после заживления *per gramma*; 3) удаление костных секвестров только в том случае, если они самостоятельно отошли и лежат в мягких тканях в виде инородного тела; 4) резекция коленного сустава у взрослых, особенно если дело идет о фиброзном, сморщивающем процессе с поражением хряща; 5) ампутация при прогрессирующих суставных процессах в старческом возрасте; 6) остеотомия или артропластика, как поздние операции после затихания процесса для исправления положения. Противопоказаны: простой разрез и дренирование холодных абсцессов, выскабливание центральных костных секвестров, резекция кариозных ребер, множественное вылучение желез на шее и в подмышечной впадине и резекция суставов (за исключением коленного) по приведенным показаниям. С целью рационального лечения и во избежание вторичной смешанной инфекции, нередко ведущей к последующим калечащим операциям, желательна концентрация больных хирургическим туберкулезом в специальных амбулаториях и стационарах; целью лечения всегда должно быть по возможности надежное излечение в наиболее короткий срок и с хорошими функциональными результатами.

Б. Иванов.

Ruiz. Перидуральная анестезия Paget. (Policl. Sez. prat. 1935, 43). В испанской больнице в Буэнос-Айресе 81,2% больных оперировались под перидуральной анестезией Paget. Больному вводится 2% раствор новокаина: при аппендэктомии 20 см³, а при более крупных вмешательствах—35 см³, причем все это количество вводится сразу. При больших гинекологических операциях, где нужна глубокая анестезия, вырывается 40 и 50 см³ раствора; при этом сначала вводят 5 см³, а через 5 мин. остальное количество. До начала операции необходимо выждать около 1/2 часа. Анестезирующее действие 35—50 см³ раствора новокаина продолжается около 1 1/2 час. Что касается места инъекции раствора, то лучше всего вводить его между 2 и 3 или 3 и 4 поясничными позвонками; как показывает опыт, здесь вернее всего можно получить анестезию, простирающуюся от ключицы до нижних конечностей. Преимуществами этого вида обезболивания, хотя и совсем безопасного для больных, является не только надежность его, но и благоприятное послеоперационное течение. Анестезия по Paget обладает более глубоким действием, чем спинномозговая, и не имеет ее недостатков; действие ее