

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 grátiam*; 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 фиброэном, 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, вводится 40 и 50 см³ раствора; при этом сначала вводят 5 см³, а через 5 мин. остальное количество. До начала операции необходимо выждать около 1½ часа. Анестезирующее действие 35—50 см³ раствора новокаина продолжается около 1½ 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 не 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

сильнее, чем действие общего наркоза эфиром и хлороформом. Она менее опасна, чем этот последний, и может применяться у больных, у которых он противопоказан. По мнению а. перидуральная анестезия Page t является большим шагом вперед в области обезболивания, однако для окончательного суждения о ней требуется еще некоторое время.

Б. Иванов.

K n ü r r e r H. и H u m m e l R. *К лечению послеоперационного паротита* (Münch. med. Wschr. 1936. 17. 679—680). Исходя из литературных данных, а. отмечает, что послеоперационный паротит в преобладающем большинстве случаев развивается между 2 и 5 днями после операции. С 1929 г. в клинике Пайра все случаи указанного заболевания подвергаются облучению рентгеновскими лучами: 150 и 200 г при 190 kv, 3,5 mA с фильтром в 0,5 Cu + 3 мм Al. При недостаточном эффекте указанная доза повторяется 1—2 раза с двудневыми промежутками. В 35 сл. автора оказалось достаточным однократного облучения; повторное облучение потребовалось в 13 сл. На основании своих наблюдений а. приходит к выводу, что рентгенотерапия послеоперационного паротита предотвращает во многих случаях развитие нагноения, если только применяется по возможности быстро после появления впервых признаков заболевания. Даже в тех случаях, где был сделан разрез, общая продолжительность лечения, при применении последующей рентгенотерапии, была короче, чем в необлученных случаях.

Б. Иванов.

V o s s s c h u e t e A. *„Рецидивы“ после лечения варикозных расширений вен* (Münch. med. Wschr. 1936. 15. 593). Рецидивы после лечения варикозных расширений вен а. разделяет на истинные и ложные. Об истинных рецидивах можно говорить только в том случае, если запустевшие в результате лечения вены вновь становятся проходимыми; эти рецидивы встречаются редко и чаще развиваются после оперативного лечения, чем после лечения инъекциями. Большая часть приводимых в литературе рецидивов относится к ложным и развивается из существующих или вновь образованных вен на почве врожденной конституциональной слабости соединительной ткани, при усиленной функциональной нагрузке или под влиянием других внешних вредных моментов. Предотвратить развитие ложных рецидивов мы не можем; поэтому а. считает, что односторонняя оценка способа лечения только по числу „рецидивов“, неправильна.

Б. Иванов.

D u r s t H. *К вопросу о спонтанном разрезе после предшествовавшего дренажа d. choledochus* (Münch. med. Wschr. 1936. 20. 801). А. сообщает о случае общего перитонита, развившегося через 15 дней после удаления дренажа, введенного в duct. choledochus. Диагноз был поставлен на основании явлений перитонита в связи с имеющимися в анамнезе указаниями на произведенную операцию на желчных путях. Причиной разрыва явились застой желчи и воспалительные изменения в области рубца d. choledochus. По имеющимся литературным данным, интервал между удалением дренажа и наступлением разрыва колеблется от нескольких дней до нескольких лет. Лечение в ранних случаях состоит в возможно ранней операции; в поздних случаях иногда лучше выжидание. Наиболее целесообразным профилактическим мероприятием является по возможности ранняя операция желчно-каменной болезни, производимая до наступления того момента, когда в результате осложнений приходится прибегать к дренированию общего желчного протока.

Б. Иванов.

F e l s c h. *Расстройства после желудочных операций и их лечение* (Münch. med. Wschr. 1936. 11). Расстройства после желудочных операций зависят большей частью от хронического гастрита, существовавшего уже до операции; в другой части случаев причиной жалоб являются спастические сокращения желудочно-кишечного канала, а иногда расстройства обуславливаются сращениями. В результате ахилии нередко развиваются поносы; в этих случаях показано введение больших количеств соляной кислоты—3—4 стол. ложки ас. muriat. dil. в чашке воды (около 200 см³; кроме того, целесообразно назначение панкреона (3 раза в день по 2 табл. перед едой). При хроническом гастрите главную роль играет диета; из медикаментов назначают пилокарпин, стрихнин и спорынью (pulv. sec. cogn. 0,25, pilocarpin. mur. 0,005, strychn. mur. 0,001, sacch. albi ad 0,5—3 раза в день по 1/2—1 пор. перед едой). Показана также и физиотерапия: горячие грязевые обертывания, диатермия, облучение красным светом. Мускулатура желудка укрепляется массажем и дыхательной гимнастикой.

Б. Иванов.