

A d a m, O. *Аутогемотерапия гидраденитов подмышечной впадины по Лэвену.* (Zbl. Chir. 1937. 1. 26—31). На основании своих наблюдений а. рекомендует для лечения гидроаденитов подмышечной впадины аутогемотерапию по Лэвену, указывая, что этот способ дает очень хорошие результаты, особенно при рецидивах заболевания. Средняя продолжительность лечения значительно укорачивается, составляя большей частью 16 дней (против 25 дней при рентгенотерапии и 20 дней при лечении разрезами). Технически лечение проводится таким образом, что после предварительного введения в локтевую вену эфиана через ту же иглу, но другим шприцем берется 20 см³ крови, которой тщательно опрыскивается воспалительный фокус во всех направлениях. Это опрыскивание производится до тех пор, пока весь воспалительный фокус не будет отделен от окружающих тканей тугим кровяным валом; в среднем для этого необходимо 80—100 см³ крови. После опрыскивания (но не до него) делается небольшой прокол, накладывается мягкая повязка, и конечность укладывается на абдукционную шину. После введения крови у больного сразу же прекращаются боли, исчезает зуд и чувство напряжения, и падает температура. Кровяной вал препятствует притоку артериальной крови к воспалительному фокусу, создавая венозный застой, благодаря которому после прокола наступает усиленный ток жидкости из раны с удалением токсических веществ. А. применил указанный способ в 21 сл. острого и в 15 сл. рецидивирующего гидраденита с хорошими результатами. Б. Иванов.

Otto May. (Zbl. f. Chir., № 32, 1937). *Саркома предплечья после ранения на войне.* А. описывает случай возникновения саркомы в рубцовой ткани левого предплечья после бывшего 18 лет назад ранения осколком гранаты. А. считает травму причиной возникновения злокачественной опухоли и подчеркивает длительность латентного периода между травмой и началом роста опухоли. В. Юров.

F. Klehmet. (Zbl. f. Chir., № 32, 1937). *Вывих в Лисфранковом суставе.* А. описывает случай редкого вывиха кнаружи в Лисфранковом суставе без перелома основания второй плюсневой кости. Механизм вывиха; при фиксированной неподвижно пятке передняя часть стопы смещена кнаружи давлением опрокинутой тележки, груженной сланцем. Вправление удалось легко. Выздоровление с восстановлением трудоспособности. Такой случай вывиха кнаружи в Лисфранковом суставе без перелома основания второй плюсневой кости по а. описан не был. В. Юров.

Stephan Kosenak. (Zbl. f. Chir., № 38, 1936). *Пластический способ восстановления заднего прохода.* А. предлагает при пролапсах ani следующий способ:

1. Дугообразным разрезом по задней полуокружности anus'a и от середины его к копчику разрезается кожа, которая отсепаровывается от m. levator ani так, чтоб последний был хорошо виден в ране.

2. Из средине между обоими levator'ами осторожно выделяется и отсекается сухожильная полоска длиной 5 см.

3. Эта полоска подковожно обводится вокруг anus'a, свободные концы ее перекрещиваются и прикрепляются с натяжением швами к медиальным сторонам леваторов. Кожные швы. При активном сокращении леваторов петля сухожильной полоски затягивается, вследствие чего происходит волевое сокращение заднего прохода.

А. полагает, что он в своем методе использует принцип Thiersch'a и Chetwood, Shoemaker, Henschen.

По указанному способу а. проделал операцию больному, у которого anus пропускал 3 пальца и не держал кал. Эффект получился прекрасный. Больной удерживает газы. В. Юров.

Mc Carrol. *Недержание мочи при Spina bifida.* (Surgery, gynec. and obstet, Vol. 64, № 4, 1937). При spina bifida наблюдаются случаи одновременного спазма или расслабления пузырной стенки и внутреннего сфинктера или комбинация этих двух состояний. В ряде случаев а. находил заметные изменения со стороны произвольного сфинктера, а в некоторых случаях даже полное его отсутствие. О состоянии этого сфинктера можно судить по степени расстройства чувствительности срамного сплетения, от которого к произвольному сфинктеру подходит дополнительный нерв. Между величиной spina bifida, степенью недостаточности мочеиспускания или дефекации и степенью расст-

ройства чувствительности срамного сплетения не удастся установить никакой связи.

Лечение непроизвольного мочеиспускания при *spina bifida* легко наладить в зависимости от типа пузырных расстройств, найденных при цистометрии; при правильном регулировании сокращения сфинктера и расслабления пузырной стенки происходит произвольное опорожнение мочевого пузыря с регулярными интервалами при повышении внутрибрюшного давления. Если присоединяется спазм *detrusor'a*, то временное растяжение пузыря уменьшает этот спазм, создавая вполне удовлетворительную емкость. В большинстве случаев недостаточность мочеиспускания при *spina bifida* улучшается от применения простых консервативных мероприятий. Очень хорошие результаты можно ожидать в большинстве тех случаев, в которых и пузырная стенка и внутренний сфинктер спастически сокращены. Вместе с временным расширением пузыря емкость его повышается, а спазм *detrusor'a* уменьшается. Если регулирование сфинктера невозможно, то устранить недостаточность мочеиспускания путем консервативных мероприятий тоже невозможно. Единой операции, одинаково удовлетворяющей все случаи, не существует. До периода полового созревания операции для устранения недостаточности мочеиспускания при *spina bifida* почти никогда не оправдываются. В случаях расстройства акта дефекации, регулярным применением больших клизм можно устранить во всех случаях даже недержание кала.

В. Майт.

M. F. Gemmil. *Рак толстой кишки*. (Surg., gynecol. a. obstetr. Vol. 64 № 4, стр. 738—746, 1937). Автор сообщает о 38 случаях рака толстой кишки среди 7370 больных. 37% больных жаловались на запоры. В 5% случаев запор являлся первым симптомом. Средний возраст больных раком толстой кишки—56,6 л. Чаще поражаются опухолью сигмовидная кишка (23 случ.), далее идут слепая и восходящая кишки (5 сл.), нисходящая кишка (3 сл.), печеночный перегиб (2 сл.) и т. д. Больные этого рода, поступающие в больницу обычно для установления диагноза, часто находятся в состоянии крайнего истощения. Для дифференциального диагноза между опухолями слепой кишки и опухолями прямой и сигмовидной кишок, автор дает следующую таблицу:

Для слепой кишки:	Для прямой и сигмовидной кишок:
1. Опухоль в виде цветной капусты, распространяющаяся на значительное расстояние.	Кольцевидная опухоль.
2. Медленное образование метастазов.	Относительно быстрое образование метастазов.
3. Жидкий стул.	Запор.
4. Явления поздней обтурации.	Ранняя обтурация.
5. Отсутствие крови в стуле.	В стуле часто кровь и слизь.
6. Рано наступающая стойкая анемия.	Поздно наступающая анемия.

Наиболее частой операцией явилась колостомия (10 случ.), далее идут цекостомия (5), операция Микулича (4), двухмоментная резекция (3), пробное чревосечение (3), хирургическая диатермия по Штраусу (1), резекция по Реннику (2), радий (1).

Для получения лучших результатов после операции, необходимо особенное внимание обращать на предоперационную подготовку и послеоперационный уход, в котором главное значение имеет быстрая восстановления жидкости в организме. С улучшением выписано 31,5%, без улучшения 18,4%. Опухоль была удалена в 30%. Послеоперационная смертность 40,6%.

В. Майт.

O. Bjerrum. *Комбинация перелома и вывиха нижней челюсти*. (Acta chirurg. Scandinav. Vol. LXXIX, Fasc. III, 1937, стр. 209—218). До недавнего времени способ лечения при комбинации перелома и вывиха нижней челюсти состоял большей частью в удалении переломанного суставного отростка, смещенного из своей суставной впадины. Своими наблюдениями а. доказывает, что во многих случаях возможно избежать оперативного лечения при этих переломах, довольствуясь применением внутрирановой шины и междучелюстных резиновых тяжей. Этим достигается полное соприкосновение жевательных поверхностей зубов. Жевательная функция при этом лечении полностью сохраняется, т. к. подвижность нижней челюсти может быть восстановлена. Смещение суставных отростков нижней челюсти никаких неприятностей больному впоследствии не причиняет.

В. Майт.