

фронтальном направлении, провел фасциальный трансплантат через кость, концы распластал на суставной капсуле и укрепил их шелком. *М. Фридланд.*

319. *Влияние окружающей среды на судьбу костных трансплантатов* чрезвычайно обстоятельно проследил экспериментальным путем Верещинский (Вест. Хир., кн. 19, 1926), поставив 4 серии опытов. Первая серия состояла в выращивании кусочков кости с надкостницей и без нее вне организма по методу Sargella, в количестве 45 культур. При этом оказалось, что костная ткань подвергается медленному умиранию, надкостница же пролиферирует, но для окончательных конструктивных процессов ей не хватает ряда химических веществ и нек. др. условий. Во второй серии опытов автор имплантировал стружки и осколки костей, покрытых и лишенных надкостницы, в межмышечные пространства кроликам; всего было сделано 20 пересадок с длительностью наблюдения до 4 недель. Здесь костная ткань также подвергалась некробозу, начиная с центра, надкостница же довольно энергично продуцировала новую кость; кроме того имели место процессы, характерные для метастазии окружающей соединительной ткани в костную. Третья и четвертая серии опытов, успешно проведенные на 45 кроликах, заключались в аутопластической пересадке преимущественно малоберцовых костей на поверхность (по типу Schienung) и внутрь костномозгового канала (по типу Bolzung) переломленной большеберцовой кости. Костная ткань и на этот раз подвергалась дегенерации и лакунарной резорбции с гибелью большей части костных клеток трансплантата. При этом замечательно, что внутрикостные трансплантаты не обнаруживали ни малейшей склонности к костному спаию с основной костью (наблюдение длилось свыше года), внекостные же, наоборот, благодаря энергичному замещению новообразованной тканью, сливались с основной костью, образуя в единую живую костную ткань. Общим выводом для всех групп опытов является тот, что «в подавляющем большинстве случаев сам трансплантат, даже если он пересажен с надкостницей, подвергается неизбежной гибели... Костная ткань под влиянием целого ряда литических процессов рассасывается, оставляя после себя или отдельные участки рубцовой ткани, или замещаая новообразованной костной субстанцией. В последнем случае материал умирающей кости служит, повидимому, для восстановления живой костной ткани... В костно-мозговой полости трансплантаты могут приживать, замещаться новообразованной костью, давать удовлетворительные функциональные результаты, но конечная судьба их — уступить место естественному просвету костно-мозгового канала. И только приживание и укрепление костных отрезков на поверхности костей дает наиболее стойкие результаты».

М. Фридланд.

320. *Фиксация плечевой головки после полного удаления лопатки* — вопрос, почти незатронутый литературой. В виду этого заслуживает внимания способ, примененный с успехом в одном случае Polya (Zentr. f. Chir., 1926, № 4). Удалив правую лопатку по поводу саркомы, Р. заострил Lueg'овскими щипцами акромиальный конец ключицы и насадил на него надпиленную до анатомической шейки головку плеча в отведенном положении; гипсовая повязка на 3 недели. Получился прочный синостоз и хороший функциональный результат.

М. Фридланд.

321. *Новый способ лечения острого гнойного артрита* предлагает Mosti (по реф. Zentr. f. Chir., 1926, № 3) в виде промывания сустава эфиром, который вводится шприцем в количестве 10 к. см. на несколько секунд, после чего снова высасывается. Промывая таким образом сустав 2—3 раза ежедневно в течение нескольких дней, автор получил в 3 тяжелых случаях очень хорошие результаты.

М. Фридланд.

322. *Лечение неправильного врожденного вывиха тазобедренного сустава и coxa vara по методу подвертельной остеотомии* было описано в 1918 г. Bauer'ом, и в том же году этим способом оперирован один больной Ludloff'ом. Вскоре после сообщения Bauer'a A. Lorenz сообщил, что он уже давно разработал и выполнил этот лечебный план, обозначив его даже особым термином «развилка (Gabelung) верхнего конца бедра». Однако описываемый способ практиковался еще раньше, о чем свидетельствует один пациент Ludloff'a, оперированный от правостороннего тазобедренного вывиха посредством подвертельной остеотомии Czerny в 1896 г. Beck, сообщая об этом в О-ве Франкфуртских Хирургов (Zentr. f. Chir., 1926, № 7), указывает на основании своих наблюдений, что самым важным при выполнении данной операции моментом

является правильная установка отломков костей под известным углом. Больному в боковом положении делается разрез мягких тканей, начиная от *trochanter'a*, длиной в 12—14 см., до кости. Затем на 2 поперечных пальца под *trochanter'o*м просверливается одно отверстие до кости, а на 5 см. ниже—другое. После ввинчивания винтов кость посередине между отверстиями остеотомируется или клиновидно резецируется. Большой перекладывается на спину, после чего верхний отломок с помощью пластинок устанавливается с таким расчетом, чтобы он смотрел вниз и кнаружи, а нижний отломок был параллелен медиальной плоскости тела. Обе пластинки на месте перекреста укрепляются шелковыми нитями, а на противоположных концах — металлической шиной. Пластины и шина оставляются обыкновенно на 4 недели. Результат при одностороннем вывихе получается превосходный: хромота, *Trendelenburg*'овский феномен, боли и быстрая утомляемость исчезают, наступает улучшение также при двустороннем вывихе и при *coxa vara*.
М. Фридланд.

323. *Наилучшим материалом для закрытия плевральных полостей* является, по Кузьмину (Вест. Хир., кн. 19, 1926), мышечный трансплантат на ножке, взятый из *m. latissimus dorsi* или *longissimus dorsi*. Бронхиальные свищи лучше всего закрывать по *Sauerbruch'u*, т. е. удалять слизистую, перерезанный вверху и внизу бронх соединять швами и над ними сшивать легочную ткань. Декортикация легкого или насечки на нем заслуживают полного внимания и применения.
М. Фридланд.

324. *Перевязка ветвей легочной артерии*, как полагает Черепнин (Вестн. Хир., кн. 19, 1926), будучи технически-легкой и простой операцией, вызывает большие изменения в легочной ткани, выражающиеся в ближайшее же время в резком соединительнотканном сморщивании легкого. К сожалению, при *тбс* указанная операция невыполнима по чисто-анатомическим условиям, а при бронхоэктазии не дает излечения. Перевязка ветвей легочной артерии может иметь значение лишь как предварительный акт при операции экстирпации легкого. Для получения чистых результатов перевязки необходимо все манипуляции производить с аппаратом разности давления, из каковых аппаратов автор рекомендует прибор *Schoemasker'a*.
М. Фридланд.

325. *Надчревные грыжи*, по наблюдениям Струникова (Вест. Хир., кн. 19, 1926), основанным на 11 собственных случаях, оказываются далеко не столь редкими заболеваниями, как это кажется, и, что особенно существенно, являются важным фактором, обуславливающим происхождение и развитие язв желудка и 12-перстной кишки. При этом указанные язвы радикальное всего излечиваются путем оперативного устранения надчревной грыжи. Последнюю следует всегда оперировать и из профилактических соображений в отношении язв. Операция надчревной грыжи очень часто, однако, сопровождается осложнениями, особенно воспалением легких, в послеоперационном периоде. М. Фридланд.

326. *Лечение рака прямой кишки*. На последнем (XXXIV) Съезде Французских Хирургов по вопросу об оперативном лечении рака прямой кишки выявились два направления: первое, более радикальное, возглавлялось докладчиками *Schwartz'em* и *Gaudier*, второе, более умеренное, представлял *Maueг*. По статистике *Gaudier* смертность от операций по поводу рака *recti* по методам промежностному, с резекцией копчика и с резекцией части крестца равна 20%, число рецидивов после этих операций равняется 40%, стойких выздоровлений, прослеженных продолжительное время,—от 15 до 25%. При операциях комбинированных (через брюшную полость и промежность), представляющих вмешательство более серьезное, оперативная смертность повышается до 27%, число рецидивов уменьшается до 21%, а процент стойких выздоровлений—до 36%. Исходя из этих данных и личных наблюдений, *Schwartz* предпочитает комбинированные операции, как более радикальные. Считаясь, затем, с данными патолого-анатомических исследований (локализация местных рецидивов, направление лимфатических сосудов), он при производстве абдоминоперинеальной операции рекомендует, при раке *recti* в сегментах промежностном, генитальном и нижней половине перитонеального сегмента, совершенно жертвовать нижним отрезком *recti* и производить постоянный *anus praeternaturalis*, так как сохранение сфинктера очень редко дает хорошие функциональные результаты и в то же время является большим риском в смысле последующих рецидивов.