

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'ом 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 сохага.

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'y, 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 (Вест. 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 тбе 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 Maуег. 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.

Gaudier в содокладе об отдаленных результатах экстирпации рака прямой кишки по методам промежностному и с резекцией копчика и части крестца приводит следующую статистику 2400 подобных операций в ‰‰‰:

	Паллиатив- ные опера- ции.	Промеж- ный способ.	С резек- ции коп- чика.	С резек- ции части крестца.
Смертность от операций	17	20	16	17,4
Отсутствие рецидивов в течение 3 лет . .	5,3	13	24	32
« « « 5 лет . .	3,3	5	7	26
« « « 10 лет . .	1,0	3	3	10,5

Не удовлетворяясь результатами операций по этим методам, Gaudier подчеркивает преимущества абдомино-перинеальной операции и полагает, что высокая смертность от нее может быть понижена улучшением техники самой операции. Более осторожно высказывались по данному вопросу Hartmann, имевший смертность от комбинированных операций до 52‰, Rauchet и Delagenier. В противоположном лагере были Mayer, Герцен и др., не выдавшие в своем материале преимуществ комбинированных операций.

Радиотерапия на Съезде тоже не получила единодушного признания: в то время, как одни (Neuman) имели исключительный успех от применения радия, другие пользуются радиотерапией лишь как-бы на всякий случай, третьи же даже предостерегают от употребления радия. Формула Schwartz'a кажется наиболее приемлемой: 1) Радиотерапия за последние 5 лет сделала большие успехи, но результаты, полученные от применения радия, стоят значительно ниже результатов от операций. 2) Всякий операбельный случай рака должен оперироваться. 3) Неоперабельный рак должен быть использован комбинированно (экстирпация+радий), если отсутствуют отдаленные метастазы, и больной не в кахексии. Единодушно все участники Съезда подчеркивали, что ранняя диагностика рака прямой кишки является очень важным моментом в прогностике операций, а отсюда делались выводы: 1) Каждый врач должен владеть техникой исследования пальцем прямой кишки и ректоскопией. 2) Каждый подозрительный больной должен быть обследован вышеуказанными способами (диагноз геморроя не должен иметь места на основании лишь опроса больного). Большим недостатком Съезда было отсутствие общей статистической формы, благодаря чему очень трудно сравнивать статистические данные разных авторов (напр., Gaudier и Hartmann'a).

Н. Архангельский.

327. *Лечение мастита.* С. А. Фрайман (Вестн. Хир., кн. 19) считает обычно рекомендуемые при мастите применение льда, согревающих компрессов, подвизывание груди, назначение иодистого кали и слабительных нерациональными, а советует возможно раньше прибегать к систематическому отсасыванию молока. Отсасывание это, по автору, во всех стадиях мастита оказывает целебное влияние на воспалительный процесс. Производить его надо при помощи молокоотсоса, каждый час, причем для устранения болезненности соски надо смазывать 3—5‰ раствором новокаина.

В. Г.

328. *Афенил, как профилактическое средство против послеоперационного воспаления легких.* Испытанный и предложенный Eden'ом (Münch. med. Woch., 1924) снова подвергнут клиническому исследованию со стороны Lindauer'a (Zentr. f. Chir., 1926, № 1), который вводил афенил (хлористая соль кальция) интравенозно, в количестве 10 куб. см., за 1 час до операции. Сопоставление 100 лапаротомированных больных, которым вводился афенил, с другими 100 лапаротомированными за тот же промежуток времени больными, которым афенил не вводился, показало, что тогда, как у последних количество послеперитонитных осложнений со стороны легких достигало 26‰ (бронхитов 20‰ и пневмо-