

за пределы Казани, и в первую очередь снабдить им лечебные учреждения Москвы с их огромным клиническим материалом.

В заключение можно отметить, что представленные на конференцию материалы по терапевтическому применению антивируса позволяют положительно оценить результаты его действия при перечисленных формах тбк процессов.

Можно считать, что конференцией закончился первый этап изучения антивируса. Антивирус получил положительную оценку. И теперь, имея эту путевку, следует с большей смелостью внедрять антивирус в практику туберкулезных учреждений Союза. В этом итоге заключается огромная ценность прошедшей в Казани конференции.

Несколько заседаний конференции были посвящены и другим проблемам туберкулеза.

Проф. В. С. Хольцман сделал доклад о клинике лимфогенных форм туберкулеза, заслушанный с большим вниманием и вызвавший обширные прения. На этом же заседании состоялся доклад Мазура и Вылегжанина „Сывороточная аллергия и экспериментальный туберкулез“ (будет напечатан в скором времени).

С большим вниманием и интересом был выслушан обширный и содержательный доклад доц. Незлина „Вопросы психогигиены тбк больного“. Одно из заседаний конференции, проведенное под председательством доц. Незлина, было специально посвящено вопросам организации борьбы с тбк в Татарской республике. На нем были заслушаны доклады: д-ра П. В. Дезидерьева „Борьба с тбк в ТР“, д-ра Кокушиной „Организация мероприятий по борьбе с детским туберкулезом“ и сообщения д-ров Кудряшева, Айзенберг и Рыбкина об организации противотуберкулезной работы в Казани (на предприятиях, в общежитиях и в других местах)

---

## Рефераты.

### а) Хирургия.

Hass I. *О технике внесуставного артродеза бедра с помощью гвоздя из трохантера* (Zentralblatt für Chirurgie, № 9, 1936). Разбирая методы операций, фиксирующих тазобедренный сустав при туберкулезных кокситях, автор предлагает метод трохантер-завязки, предложенный впервые Каррисом и усовершенствованный им. Метод состоит в том, что с наружной поверхности бедра долотом сбивается часть трохантера, перемещается вверх и своим верхним освещенным концом вставляется под костно-поднадкостничную лоскут, выбитый из стенки подвздошной кости, и фиксируется швами к надкостнице ее. Проксимальный конец трансплантата укладывается в освещенное ложе бедра и фиксируется крепкими шелковыми нитками, проведенными через отверстие в корковом слое бедра по бокам от трансплантата. После этого рекомендуется 3—4-месячная гипсовая повязка от груди до кончиков пальцев ноги, затем кожаный тугор до колена на 1/2 года. Ходить разрешается после образования костной мозоли, что обычно, по автору, происходит на 3—4-м месяце. Сопутствующие контрактуры исправляются подкожными тенотомиями аддукторов и гребешковой мышцы и, одновременно с операцией, открытой подвертельной остеотомией. После такой операции наступает хороший анкилоз, и больные приобретают возможность безболезненно пользоваться конечностью. Детям операция противопоказана. Взрослым ее можно делать не ранее 2 лет от начала заболевания.

В. Юров.