

Vorschütz J. *Лечение переломов пяточной кости.* (Zbl. Chir. 11, 610—613, 1936). После краткого обзора этиологии и отдельных видов переломов пяточной кости а. описывает свой способ лечения их, применяемый им с 1931 г. Способ состоит во введении в задний отломок короткого гвоздя вплотную до линии перелома (положение гвоздя контролируется на экране); пользуясь этим гвоздем как рычагом, вправляют смещенные отломки и после придания им хорошего положения вбивают гвоздь дальше в периферические отделы скелета стопы. На стопу и нижнюю треть голени накладывается гипсовая повязка без подкладки, в которую включается и гвоздь. Повязка и гвоздь оставляются на 7 недель. Из профилактических соображений а. рекомендует так же лечить и переломы без смещения, так как последнее, как известно, легко наступает под влиянием мышечной тяги. При оскольчатых переломах, где гвоздь не достигает цели, а. проводит проволочную петлю выше места прикрепления Ахиллова сухожилия и производит при помощи нее вправление отломков при согнутом колене и подошвенном сгибании стопы; после вправления накладывается гипсовая повязка на стопу и нижнюю треть голени. Больной на 2—3-й день после затвердения гипса может встать и начать ходить на костылях. А. подчеркивает необходимость тщательного соблюдения асептики, во избежание инфекции; кожа пяточной области основательно очищается механически и смазывается настойкой йода; по извлечении гвоздя в канал вводится 2,0—3,0 t-gae Jodi. А. усиленно рекомендует описываемый способ ввиду его простоты и хороших как анатомических, так и функциональных результатов. *Б. Иванов.*

Nowikoff W. *Производство ампутаций без обескровливания.* (Zbl. Chir. 11, 613—615, 1936). А., указывая на ряд недостатков, присущих применению Эсмарховского жгута при операциях на конечностях, подчеркивает, что при вмешательствах без обескровливания по Эсмарху и строгом соблюдении анатомического принципа, потеря крови также является минимальной и безусловно менее значительной, чем это бывает в результате гиперемии по удалении жгута. Применение последнего зачастую создает значительные затруднения в выкраивании кожного лоскута необходимой длины, следствием чего является образование конической культи и необходимость реампутации. А. уже 10 лет тому назад отказался от обескровливания по Эсмарху при ампутациях, экзартикуляциях и других операциях на конечностях, применяя жгут для остановки кровотечения лишь при случайных ранениях и в исключительных случаях при операциях (крупные аневризмы). При производстве ампутаций он прежде всего очерчивает кожный лоскут на передней поверхности конечности и рассекает кожу на всем доступном протяжении, немедленно захватывая и перевязывая все перерезанные сосуды. По рассечении кожи, разрезается подкожная клетчатка, фасция и мышцы; главные сосудистые стволы сначала перевязываются, а затем перерезаются. Мышцы перерезаются последовательно одна за другой и по обнажении передней поверхности кости и изоляции ее от мышц и надкостницы, она перепиливается пилой Джигли. Концы кости крючками оттягиваются друг от друга, и через образовавшееся пространство послонно рассекаются мышцы и затем кожа заднего отдела конечности, после чего накладываются швы на рану. А. считает, что операции без предварительного обескровливания являются наиболее физиологичными и причаю хирурга работать по строго анатомическому принципу. *Б. Иванов.*

Abson A. *Показания к операциям на симпатической нервной системе.* (J. Am. Med. Assoc. 106, 360—368 1936). А. останавливается прежде всего на определенных спастических симптомах со стороны colon, S.-Romanum и rectum, далее, на angina pectoris и некоторых заболеваниях мочеоточников и матки. Основным моментом патогенеза является дисфункция вегетативной нервной системы в этих органах. Хирургическое лечение состоит либо в удалении симпатических узлов, т. е. в резекции пограничного ствола, либо в рассечении соответствующих gangl. communicantes; в редких случаях применяется периаптериальная симпатектомия. Влияние вмешательств на симпатическом нерве сказывается на конечностях в первое время иногда значительным повышением кожной температуры; кожным термометром определяется значительная разница между температурой на оперированной и неоперированной конечности. Это повышение кожной температуры, которое ясно выражено уже клинически, держится в течение нескольких недель и затем медленно возвращается к норме. При некоторых группах заболеваний а. большое значение придает выбору для