

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 удалению 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 послойно 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

вмешательства подходящих случаев; операция особенно показана у более молодых лиц, где результат ее выражен более ясно и держится дольше, чем у пожилых людей, где эффект вмешательства очень незначителен, а иногда даже совершенно отсутствует. Наиболее благоприятные результаты получены при болезни Рено, причем в большинстве случаев они держатся относительно долго. То же относится и к склеродермии; однако в тех случаях, где уже наступила резкая атрофия кожи, трудно ждать от симпатектомии обратного развития заболевания. При поражениях суставов, частично еще невыясненной этиологии, напр., при arthritis deformans у женщин, находящихся в климактерическом периоде, операции лучше не делать. При гипергидрозе результат операции в первое время обычно бывает очень хорошим, но и здесь трудно с уверенностью предотвратить развитие рецидива. При thrombngitis obliterans в начальной стадии можно рассчитывать на более или менее длительное улучшение, однако в более застарелых случаях приходится рано или поздно производить ампутацию. Операции на n. sympathicus при эссенциальной гипертонии также дают лишь временный и относительный результат; именно в этих случаях следует быть особенно осторожным в выборе больных. Заболевания colon типа болезни Гиршпрунга очень хорошо реагируют на вмешательства на симпатической нервной системе; то же относится и к некоторым случаям дисменореи и расширения мочеточников. Симпатектомия при angina pectoris дает лишь относительный эффект; в некоторых случаях наблюдается улучшение, в других—операция не оказывает никакого влияния.

Б. Иванов.

Steiner P. *Лечение вывихов полулунной кости.* (Schweiz. med. Wschr. 21, 504—507, 1936). На основании пяти случаев вывиха полулунной кости и одного случая luxatio intercarpea а. считает, что половина случаев, особенно вывихов полулунной кости, диагностируется только спустя 3 недели и больше после травмы. При подозрении на повреждение запястья безусловно необходимо рентгеновское исследование. В течение первых трех недель хороший результат дает бескровное вправление по Белеру. Вывихи полулунной кости давностью больше трех недель могут еще быть вправлены кровавым путем. Исправление положения кости может быть произведено продольной тягой за приклеенные мастизолом к 2 и 3 пальцам полосы марли. Продолжительность и результаты лечения при бескровном и кровавом вправлении одинаковы. Результаты вправления лучше результатов консервативного лечения или удаления кости. Если кровавое вправление не удается, обычно прибегают к удалению кости. А. считает, что в застарелых случаях, где кровавое вправление не дает надежды на благоприятный результат, удалению кости следует предпочесть консервативное лечение.

Б. Иванов.

Oberholzer J. *К лечению чистых частичных повреждений боковых связок коленного сустава.* (Schweiz. med. Wschr. 12, 281, 1936). Дифференциальный диагноз между чистыми частичными повреждениями боковых связок коленного сустава и повреждениями их, сопровождающимися вывихом мениска, имеет громадное значение для лечения и ставится на основании результатов пневмордиографии. Лечение чистых частичных повреждений боковых связок должно состоять в инъекциях анестезирующих растворов (новокаин, перкаин) в околосуставные ткани непосредственно в область связок и места их прикрепления с последующей активной мототерапией. Нередко достаточно одного впрыскивания, но иногда необходимы 2—4 инъекции с промежутком в два дня. Как только станут возможными активные сгибание и разгибание, назначают массаж, диатермию и суховоздушные ванны. Обезыествление капсулы (Religrini-Preiser-Stieda) также подлежит консервативному лечению. Б. Иванов.

Woytek G. *Так называемый гемолитический шок.* (Dtsch. Z. Chir. 247, 1—2, 113—122, 1936). А. сообщает о трех случаях клинического гемолиза; в одном из них имело место неправильное определение группы крови вследствие неправильного результата пробы со стандартной сывороткой. У двух других больных принадлежность к одинаковым группам установлена на основании серологических контрольных исследований; оба относились к группе А. Биологическая предварительная проба дала во всех случаях отрицательный результат. А. считает, что простое определение группы крови с помощью стандартных сывороток недостаточно; дополнительно необходимо производить перекрестную пробу. Принципиально следует переливать лишь кровь, принад-