

же разреза и ввиду значительной хрупкости вещества надпочечников требует очень большой осторожности. Сначала разрезаются нервные волокна на задней поверхности надпочечника, что легко производится пальцами. По окончании операции рана промывается соевым раствором и в нижний угол ее вводится дренаж. Эффект оперативного вмешательства сказывается немедленно: боли сразу же после операции проходят; усиленная перистальтика желудка прекращается. Обследование материала а., состоящего из 53 случаев, обнаружало заживление язвы, прослеженное у некоторых больных в течение 6 лет.

Б. Иванов.

Julia, A. Обезболивание бромэтилом. (Anaesth. et. Analg. 1937. 3. 184 — 194). Бромэтил, являющийся отличным обезболивающим средством, в течение последних двух десятилетий применялся сравнительно мало ввиду трудности получения химически чистого препарата; примесь к нему алкоголя, эфира и бромформа нередко вела к осложнениям во время наркоза. В последнее время удалось получить практически чистый бромэтил (Brétyl), вполне пригодный не только для оглушающего и кратковременного наркоза, но и для более длительного обезболивания, даже в соединении с эфиром, закисью азота и смесью Шлейха. В отличие от хлорэтила бромэтил не воспламеняется и не взрывается; разница между наркотизирующей и токсической дозой у бромэтила больше, чем у хлорэтила. Наркоз наступает в среднем через 2—4 минуты; пробуждения почти отсутствует. Недостатком способа является усиленное слюноотделение, устранимое применением смеси бромэтила с бромпропилом. Наркоз проводится открытым капельным способом или при помощи соответствующих аппаратов.

Б. Иванов.

Iensen, W. Хирургическое лечение варикозных язв голени. (Zbl. Chir. 1937. 1263 — 1270). Описание нового способа лечения язв голени, состоящего в проведении электрическим ножом 6—8 радиарных разрезов, начинающихся в здоровых тканях на расстоянии $1\frac{1}{2}$ —2 см от края язвы и доходящих до ее центра; при этом рассекаются кожа и подкожная клетчатка до фасции. Операция производится под кратковременным наркозом; разрезы, которые для получения эффекта вмешательства должны сильно кровоточить, покрываются стерильной марлей, после чего накладывается давящая повязка. На следующий после операции день накладывают повязку с рыбьим жиром, сменяемую через 14 дней; покрывающий к этому времени язву грязноватый бурокрасный налет и остатки мази при смене повязки не удаляются; рана вновь покрывается стерильной мазью. Наложенная повязка снимается через 4 дня, и к этому времени язва оказывается покрытой хорошими грануляциями; вновь накладывается повязка с рыбьим жиром до полной эпителизации (т. е. не менее, чем на 14 дней). Способ был применен а. в ряде случаев с очень хорошими результатами.

Б. Иванов.

Ricard, Артериальные антисептические инъекции при тяжелых инфекциях конечностей. (Mém. Acad. Chir. 1937. 63. 35 — 39). В нескольких случаях тяжелых гнойных заболеваний конечностей (флегмона, гангрена), а. с успехом применил внутриартериальные вливания меркурохрома. Указывая, что без введения последнего двое больных, вероятно, были бы потеряны, а у двух других пришлось бы прибегнуть к ампутации, а. вместе с тем подчеркивает, что хотя рекомендуемый им способ и уменьшает тяжесть заболевания, ограничивая разрушения и локализуя общую инфекцию, тем не менее применение его отнюдь не исключает обычного в этих случаях лечения (разрезы, серотерапия). Вливается 2% водный раствор меркурохрома, причем при поражении верхней конечности у взрослых вводится 4 см³ его, а при заболеваниях нижней — 8—10 см³; при поражениях нижней конечности у детей с весом тела меньше 20 кг вливается 2 см³. А. отдает безусловное предпочтение меркурохрому перед генцианвиолетом, так как после введения последнего наблюдались гангрена и обширные некрозы. Незначительная вазомоторная реакция на введение меркурохрома объясняется тем, что дело идет при этом о вливании гипотонического раствора, рН которого очень близка к рН крови (= 8). Б. Иванов.

Weber. Лечение гнойных ран натуральным пчелиным медом. (Ther. Gagenw. 1937. 12. 547). А. сообщает о благоприятных результатах лечения натуральным пчелиным медом гнойных ран, главным образом, после операций на почках. При поверхностных ранах мед накладывается на раневую поверхность, а при глубоких — вливается в ее полость. На основании своих наблюдений

а. указывает, что лечение медом никогда не оказывало вредного действия на рану; наоборот, мед способствует очень быстрой очистке ее и хорошо переносится больными, вызывая непосредственно после применения лишь легкие, тупые боли, которые однако в ближайшее же полчаса проходят. Раздражения тканей или окружающей кожи никогда не наблюдалось. Мед способствует развитию здоровых грануляций, но при дальнейшем применении обуславливает слишком сильное обезвоживание их, что задерживает окончательное заживление раны. Во избежание этого высушивающего действия меда а., наряду с ним применял средства, способствующие развитию грануляций (рыбий жир, *ingentolan* и т. п.); таким комбинированным лечением значительно ускоряется заживление даже очень обширных раневых полостей. *Б. Иванов.*

Woldenberg, S. C. Лечение острого бурсита пункцией и промыванием. (*J. Bone Surg.* 1937. 19. 1003 — 1006). Для лечения *bursitis subdeltoidea* а. рекомендует следующий способ: после местной анестезии новокаином в определенной точке плеча в полость слизистой сумки вводится игла; при достаточно широко просвете из него начинает выделяться жидкость. Вторая игла вводится сбоку непосредственно у большого бугра плечевой кости; обе иглы без особого труда устанавливаются таким образом, что верхушки их в полости слизистой сумки располагаются очень близко друг к другу. Через эти иглы полость сумки промывается физиологическим раствором (40—60 см³). После промывания больной начинает свободно двигать рукой, не испытывая при этом никаких болей; в течение ближайших дней проводится лечение гимнастикой. Материал а. состоит из 63 случаев, причем он указывает, что применяемый им способ не имеет равных себе ни в отношении уменьшения болей, ни в отношении действительного излечения острого бурсита; существенное улучшение наступает в среднем через 4—8 дней; рецидивы встречаются лишь в исключительных случаях. Противопоказанием к применению способа являются лишь старые отложения извести в полости слизистой сумки, что устанавливается предварительным рентгеновским исследованием. Каких-либо вредных последствий от описываемого лечения острого бурсита а. ни разу не наблюдал. *Б. Иванов.*

Nicole, R. Фиксация косых и торзионных переломов голени проволокой через кожу. (*Dtsch. Z. Chir.* 1938. 249. 9 — 10. 561 — 578). Сообщение о способе бескровной фиксации легко смещающихся отломков при переломах голени, проводимой через кожу проволокой Киршнера. Этот метод, занимающий промежуточное положение между остеосинтезом и чисто консервативным лечением, показан только при косых и торзионных переломах с наклоном к смещению отломков и притом в абсолютно асептических случаях. При открытых переломах и повреждениях мягких тканей применение этого способа противопоказано. Проволока вводится обычно спустя несколько дней после повреждения; после рентгеновского снимка с целью контроля положения отломков и анестезии мест введения и выведения проволоки, последняя вводится через кожу, т. е. без всякого разреза, по возможности, перпендикулярно к линии перелома, проводится через всю голень и выводится на противоположной стороне. Положение проволоки проверяется рентгеном. После смазывания мест входа и выхода ее настоеккой йода, заклейки их небольшими фланелевыми салфетками, смазанными мастизолом и прибинтовываемыми восьмиобразными ходами бинта, проволока фиксируется металлической пластинкой, и на конечность от середины бедра до основания пальцев накладывается гипсовая повязка без подкладки. Проволока оставляется до наступления консолидации (т. е. на 4—6 недель). Согласно наблюдениям а. способ дает хорошие результаты. *Б. Иванов.*

Nass, J. Артродез при туберкулезе суставов (*Zbl. Chir.* 1937. 2212). Наибольшим распространением из оперативных вмешательств по поводу костно-суставного туберкулеза пользуется артродез. После оперативной фиксации позвоночника по способу Ольби, внесуставной артродез стал применяться при туберкулезном коксите с вполне удовлетворительными результатами. Тот же способ а. пытался использовать и при туберкулезе коленного сустава, но из-за неблагоприятных анатомических и статических отношений в этой области вынужден был перейти к внутрисуставному артродезу. Операция производится таким образом, что из сустава выдвигается пластинка толщиной в 1—1½ см включающая в себя суставные поверхности бедра и большеберцовой кости и заключенные между ними ткани. По этому способу оперировано 22 больных,