

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 синовиальной 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 синовиальной 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 синовиальной 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,