

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 обезживание 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 широком 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 наклонностью 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.

Hass, 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 выпиливается 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,

из них у 18 образовался полный костный анкилоз, а у 4 — псевдоартроз, так как в этих случаях из-за значительного разрушения суставного хряща трудно было приладить друг к другу суставные поверхности. Подобным же образом при помощи широкой пластинки из tibiae можно получить анкилоз и в голеностопном суставе. Операция артродеза противопоказана у детей; у взрослых она может производиться только при безуспешности консервативного лечения и невозможности рассчитывать на сохранение подвижности в суставе из-за имеющихся обширных разрушений *Б. Ивансв.*

Fehr, A. u. Meier, E. *Хирургическое вмешательство при переломах основания черепа.* (Bruhns' Beitr. 1937. 166. 2. 177—189). На основании 417 случаев переломов основания черепа, наблюдавшихся в Цюрихской хирургической клинике в 1919—1935 гг., а. считает, что лечение этих переломов должно проводиться хирургом в тесном контакте с отоларингологом, невропатологом и офтальмологом. Сам по себе перелом основания никогда не служит показанием к первичному хирургическому вмешательству; методом выбора при этом является консервативное лечение. В случаях переломов в области передней черепной ямки операция показана при наличии угрозы прогрессирующей инфекции со стороны инфицированных придаточных полостей носа. Среди переломов в области средней черепной ямки необходимо различать продольные и поперечные переломы пирамиды височной кости; при продольных переломах операция не показана даже при наличии воспалительных процессов в среднем ухе или истечении спинномозговой жидкости, так как в большей части подобных случаев наступает выздоровление без каких-либо осложнений; при поперечных же переломах с вскрытием внутреннего уха имеется опасность развития менингита, почему здесь необходим более активный образ действий, особенно при гнойном воспалении среднего уха и начинающемся менингите. Из поздних осложнений переломов основания черепа а. упоминает о редко встречающихся поздних риногенных абсцессах и поздних абсцессах после продольных переломов пирамиды; в этих случаях операция дает довольно благоприятные результаты. Чаще встречается поздний менингит при поперечных переломах пирамиды, причем а. подчеркивает, что больные с переломами в области лабиринта должны находиться под постоянным наблюдением отоларинголога и предупреждаться о возможности развития осложнений.

Б. Иванов.

в) Урология.

Mussgnug. *Новые данные о развитии изменений почек при гипертрофии предстательной железы.* (Zbl. Chir. 1937. 43. 2471—2472). Сообщение о результатах экспериментального изучения на собаках действия различных экстрактов предстательной железы на почки. Исследования показали, что водные экстракты гипертрофированной простаты собак и людей оказывают резко токсическое действие на почки; экстракты нормальной предстательной железы собак вызывают в почках лишь незначительные и скоропроходящие изменения. Прежде всего страдает функция почек; с ухудшением концентрационной способности развивается компенсаторная полиурия; в дальнейшем ежедневное количество мочи постепенно уменьшается, и большая часть животных при ясно выраженной олигурии и истонении погибает от уремии. Гистологическое исследование почек дает картину нефроза с поражением клубочков. Исследования а. имеют большое значение для решения вопроса о преимуществах простатэктомии и электрорезекции; со своей стороны он подчеркивает, что для удаления токсического фокуса из организма необходима радикальная операция с одновременным восстановлением свободного оттока мочи. *Б. Иванов.*

Delapnoy и Demarez. *Дермоидная киста семенного канатика* (Ann. d'Anat. et chirur., т. 14, 1937). Дермоидные кисты семенного канатика чрезвычайно редки, в 1926 г. Рубашев собрал всего 13 случаев.

Автор приводит историю болезни мужчины, 30 лет, у которого у основания семенного канатика имелась опухоль величиной с детскую головку.

Диагноз был поставлен во время операции, опухоль была свободной, без сосудистых ножки весила 450 г. При вскрытии среди эпителиальных клеток и кристаллов были найдены волосы.

Zeiss. *Литотрипсия под контролем глаза.* (Ztsch. f. urol., № 6, 1933). 35-летний мужчина в течение 3-х лет страдал расстройством мочеиспускания и гема-