

лась газовая гангрена. Местному применению сульфаниламида должна предшествовать тщательная очистка раны и *debridement*.

Рекомендуется также профилактическое введение антитетанической и противогазовой сыворотки, хотя это последнее можно и опустить, ввиду того, что сульфаниламид в высокой местной концентрации предохраняет от развития газовой гангрены. Исходы из этих же соображений можно не прибегать и к профилактической рентгенизации, которая в прежнее время, как правило, применялась при всех осложненных переломах.

Gaultier. *Лечение ожогов инфракрасными лучами*. Presse Méd. an. 47, № 8, 28/1-1939. 139.

Автор советует подвергать обожженного большого освещению инфракрасными лучами возможно раньше, уже в тот момент, когда производится очищение раны от некротизированных частей и обрывков эпидермиса. При этом быстро стихают болевые ощущения. Высыхание тканей происходит тем скорее, чем чаще повторяются сеансы облучения. Инфракрасные лучи хорошо действуют против шока, быстро прекращают серозную экссудацию и мешают резорбции серозной жидкости. Рубцевание происходит ускоренным темпом и гладко. Ткани представляются защищенными от внешнего воздуха образовавшейся коркой и не нуждаются в покрывающих перевязках. Автор полагает, что инфракрасное облучение следует предпочесть применению танина. Оно скорее прекращает боли и более успешно предотвращает шок.

*В. Дембская.*

Walter W. *Повреждения и стриктуры желчных ходов*. The Journ. Americ. Medic. Ass., n. 113, № 3, 15-VII-1939.

За последние 15 лет а. провел в клинике Mayo наблюдения над 80 больными, страдавшими стриктурами общего желчного протока. Наблюдения касались больных, у которых образовались обширные рубцовые сращения в области желчного пузыря и протоков с последующей желтухой. В 9 случаях стриктуры развились после воспалительных процессов и в 71 сл. в результате оперативных вмешательств: холецистэктомий, холецистэктомий и холедохостомий, холецистостомий. В некоторых случаях стриктуры желчного протока осложнились наружными желчными свищами.

По поводу стриктуры произведены следующие операции. 1) холедоходуоденостомия 27 сл. смерть в 3 сл., 2) гепатодуоденостомия — 22 сл., смерть в 8 сл., 3) холецистодуоденостомия 1 сл., смерть в 1 сл., 4) холецистогастростомия 1 сл., 5) гепатикогастростомия 2 сл. смерть в 2 сл., 6) операция наружного желчного свища 15 сл., смерть в 7 сл., 7) пластика желчного протока 12 сл. смерть в 4 сл. При наличии обширных спаек, делающих невозможным отыскать желчный проток, или при полной его облитерации автор произвел в 12 сл. пластическое восстановление *d. choledochus*. Техника операции такова: осторожно разделяя сращения, доходят до печени, вводят в него иглу со шприцем и отыскивают проколом расширенный внутривнутрипеченочный проток. Игла оставляется *in situ*, как проводник. По игле делают надрез внутривнутрипеченочного протока и в отверстие его вставляют конец катетера. Катетер фиксируется в таком положении до тех пор, пока не исчезнет желтуха и не улучшится функция печени.

После этого приступают к образованию анастомоза. Один конец небольшого отрезка катетера вставляется во внутривнутрипеченочный проток, а другой конец, через произведенный разрез стенки 12-п.к., в просвет ее. Швами суживают рану стенки 12-п.к., одновременно пришивая ее к печени вокруг катетера.

На 12 таких операций автор имел 4 смертных случая: два — от печеночной недостаточности, одну — от кровотечения и одну от неизвестных причин (после выписки из стационара).

У одного больного наступил рецидив; у 7 отмечен положительный эффект при наблюдении от 3 до 5 лет.

Из 25 случаев со смертным исходом в 12 сл. смерть последовала от недостаточности печени, в 9 — от кровотечения и в 6 — от других осложнений.

15 чел. умерли в послеоперационном периоде в стационаре и 10 человек в различное время после выписки из госпиталя.

При острых холециститах а. рекомендует ограничиться холецистостомией, относя радикальную операцию на т. н. холодный период.

*В. Юров.*

Vogelstein F. *Осложненные переломы в детском возрасте*. Americ. Journ. of Surg. vol 39, № 2, 1938.

На основании большого опыта в лечении осложненных переломов у детей автор отдает преимущество консервативным методам. Лечение таких переломов следует индивидуализировать.

При повреждении одной из длинных костей конечности первая помощь больному заключается в наложении шины и вытяжении, за исключением тех случаев, когда один из концов кости высовывается из раны и может быть загрязнен; не меняя положения конечности, ее кладут на широкую шину, на рану накладывают повязку. В лечебном учреждении перелом исследуется рентгеновскими лучами. Больной телло