

## Рефераты.

### а) Хирургия.

Seemen H. *Операция при Дюпюитреновской контрактуре.* (Dtsch. Z. Chir. 1936, 246, 11—12, 693—696).

В целом ряде случаев Дюпюитреновской контрактуры а. применил следующий способ операции: удаление на всем протяжении пораженной кожи ладони и всего ладонного апоневроза с его отростками во влагалища сгибателей пальцев, к сухожилиям и особенно к *mm. intersei*; при этом в большинстве случаев необходимы дополнительные продольные разрезы на сгибательной стороне 4 и 5 пальцев в области их основных фаланг.

Образовавшийся на ладони дефект кожи закрывается лоскутом с тыла кисти, для чего на сгибательной стороне V пальца, на уровне основного его сустава, делается поперечный разрез, доходящий до IV пальца и переходящий затем на разгибательную поверхность кисти, где он доходит до лучезапястного сустава. Образованный таким образом лоскут отсепааровывается на всем протяжении и вшивается без всякого натяжения в дефект на ладони при разогнутых по возможности пальцах. Дефект на тыле кисти уменьшается, а в некоторых случаях и совершенно закрывается стягиванием кожи; при более значительных дефектах применяется свободная пересадка эпидермиса.

Повязка накладывается при легком сгибании пальцев, лучше всего прибинтовывая их к помещенному на ладонь марлевому бинту, который придавливая лоскут, способствует его приживлению. Спустя 8—10 дней после операции начинают движения пальцами.

Б. Иванов.

Burkle de-la Camp H. *Лечение переломов пяточной кости.* (Zbl. Chir. 1936, 16, 985—987).

Описывается предлагаемый а. способ лечения переломов пяточной кости при помощи особого гвоздя с винтовой нарезкой. На 7—12-й день после травмы, когда спадет отек и рассосется кровоизлияние, перед экраном производится вправление отломков, после чего двумя зондами, накладываемыми снаружи на мягкие ткани в области пятки, определяется направление, в котором должен быть введен гвоздь; зонды плотно прижимаются к отечным еще мягким тканям, оставляя после себя ясно заметные борозды.

Гвоздь вводится сзади через мягкие ткани и несколькими легкими ударами молотка вбивается в кость до начала винтовой нарезки и затем ввинчивается рукой; все это делается также перед экраном. При ввинчивании гвоздя исправляется смещение отломков и одновременным вытяжением устраняется укорочение.

По установке отломков в правильном положении, накладывается гипсовая повязка на всю стопу и голень до *tuberositas tibiae*; повязка накладывается без подкладки, за исключением области пятки, куда кладется стерильная подушечка из ваты, во избежание давления повязки на мягкие ткани при вытяжении за введенный гвоздь. Нога укладывается на шину Брауна, и гипсовая повязка с вытяжением в 3—4 кг остается на 4 недели, после

чего она сменяется и гвоздь удаляется; в течение последующих 4—6 недель лечение проводится в гипсовом сапожке без вытяжения.

А., применяя описываемый способ в течение двух лет, получил хорошие анатомические и функциональные результаты. Б. Иванов.

Matolcsy, T. Хирургическое лечение костных кист. (Arch. Klin. Chir. 1936, 185, 1, 175—181).

Из 48 случаев серозных костных кист, оперированных в Будапештской хирургической клинике, в 45 случаях в полость кисты была произведена пересадка куска большеберцовой кости. Рентгеновский контроль за дальнейшей судьбой трансплантата показал, что перестройка его у лиц с незаконченным еще развитием костной системы происходит в течение 8—10 месяцев, т. е. значительно быстрее, чем у людей старше 24 лет, у которых на это необходимо 2—3 года. На этом основании а. рекомендует производить пересадку кости в полость костной кисты в молодом возрасте до окончания развития скелета, так как здесь можно рассчитывать на более быстрое и надежное выздоровление. Б. Иванов.

Gross W. u. Lucken B. Влияние хирургических вмешательств в области корня легких на кровообращение и дыхательный объем. (Arch. klin. Chir. 1936, 185, 2, 334—342).

Наблюдаемые при хирургических вмешательствах на легких в момент перевязки бронха тяжелые расстройства сердечной деятельности, падение кровяного давления, приступы кашля и удушья, resp. остановка дыхания, ведущие иногда к смерти больного, зависят от происходящего при перевязке бронха раздражения расположенных здесь нервных сплетений и рефлекторного и непосредственного действия на кровообращение и дыхание.

В результате исследований на животных, а. пришел к выводу, что при различных хирургических вмешательствах в области корня легких всегда наблюдаются изменения со стороны кровяного давления и дыхательного объема. Кровяное давление сильно падает, а дыхательный объем в результате сокращения мускулатуры бронхов уменьшается. Как то, так и другое зависит от раздражения нервных сплетений, resp. заложенных в стенке бронхов нервных окончаний. Борьба с указанными осложнениями заключается в блокаде соответствующих нервных стволов путем впрыскивания новокаина в область ворот легкого. Б. Иванов.

Antonucci C. Токсическое действие остатка желудка после резекции и отношение его к послеоперационному симптомокомплексу гиперазотемии и гипехлоруремии. (Policl. Sez. prat. 1936, 427).

А., на основании большого количества резекций желудка, считает, что жидкое содержимое остатка желудка, всасывающееся после его резекции в кишечник, является главной причиной более или менее тяжелого симптомокомплекса гиперазотемии и гипохлоремии после таких операций. Исследования показали, что фильтрат этого жидкого содержимого остатка желудка, будучи впрыснут 10 кроликам, оказался чрезвычайно ядовитым; один из кроликов погиб спустя одну минуту после впрыскивания 8 см<sup>3</sup>, второй — через 3 часа после введения 2 см<sup>3</sup>, а остальные спустя 1—48 часов после впрыскивания.

Азотемия была во всех случаях очень резко выражена; менее резко были изменения в отношении содержания хлора и сахара в крови. Анатомические изменения касались главным образом печени и почек; в последних наблюдалась резкая гиперемия и мутное набухание почечных канальцев; в легких и головном мозгу также отмечена резкая гиперемия. Большое значение