

В результате а. приходит к выводам: 1) при всяких вывихах, которые сопровождаются переломами, необходима, помимо вправления вывиха, репозиция отломков с фиксацией стопы в гипсовой повязке; 2) открытые вывихи—превращать в закрытые; 3) дополнительно—физиомеханотерапия супинатор.

*Л. Шулушко.*

Коган А. И. Об алебастровых повязках. Н. Х. А. № 8 1933 г.

Перебои в снабжении гипсом, а также недостаточно хорошее его качество заставили целый ряд хирургов искать новые материалы его заменяющие. А, для замены гипса, предлагается пользоваться для неподвижных повязок алебастром. Это предложение ранее исходило и от Турнера.

А. за 5 месяцев наложил 50 алебастровых повязок; повязки оправдали свое назначение. Приготавливались алебастровые бинты также, как готовятся гипсовые. Затвердевает алебастр через 5—7 минут. При смешивании алебастра с горячей водой повязка твердеет быстрее. Испытание алебастра в отношении влияния атмосферных воздействий показало, что сырость, холод, влага не изменяют качества алебастра. Отрицательными свойствами является вес алебастровой повязки, который тяжелее гипсовой на 20%; второе то, что алебастр дает зернистую, шероховатую поверхность повязки после затвердения.

*Л. Шулушко.*

Баранцевич Е. В. и Жолондзь А. М. Изолированные переломы лодыжек, чрезлодыжечные переломы (Мальгена), переломы Дюпюитрена и Десто и их лечение. Н. Х. А. № 9—1933 г.

На основании 136 случаев переломов костей голеностопного сустава, прошедших через Ленинградский травматологический ин-т, авторы разбирают все виды, встречающиеся в этом суставе (переломы лодыжки—71 сл.; чрезлодыжечные переломы—16 сл.; переломы Дюпюитрена—31 сл. и переломы Десто—18 сл.).

Указывая на типичные моменты клинической картины, свойственные той или иной форме разбираемых переломов, авторы подробно останавливаются на методах лечения, отражая в этом отношении выработанные Ин-том положения.

В свежих случаях Ин-т применяет временную иммобилизацию, конечность укладывается в приподнятом положении при неб. сгибании в коленном суставе. Через 5—8 дней производят репозицию отломков, либо под общим наркозом, либо по Бёлеру, и иммобилизацию отломков.

В случае выявления, после проверки рентгеном, неправильного положения отломков, Ин-т пользуется повязкой по принципу Ланге „с закруткой“, модифицированной сотр. Ин-та Озеровым. Накладывается обычная гипсовая повязка на стопу и голень, при чем до наложения шва, над обеими лодыжками кладутся ватные подушечки; после двух гипсовых бинтов в гипсовываются две палочки (длиною 20—22 см. и 2,5 см. кв. сечения). Укладываются они параллельно так, чтобы их средние части приходились на соответствующие лодыжки, а концы выдавались впереди и кзади. Через 1—2 суток на передней поверхности, повязки от нижнего края до середины голени вырезается полоска в 2 см. шириною. Свободно выдающиеся концы палочек свертываются друг с другом несколькими оборотами прочного шнура. Между оборотами шнура, связывающего передние концы палочек, вставляется еще одна короткая палочка, с помощью которой шнур закручивается и т. обр. увеличивается давление на лодыжки.

*Л. Шулушко.*

*Крестьянский травматизм и борьба с ним.* Давыдов, Гальсман, Коган. Вестн. хир. и погр. обл., кн. 90—91. 1933 г.

С-х. и бытовой травматизм в деревне изучается недостаточно, а поэтому и борьба менее эффективна, чем в городах. Машинизация делает эту проблему актуальной. Авторы наблюдали 303 сл. бытового и 253 сл. с-х. производственного травматизма, прошедших через амбулаторию и поликлинику. Бытовым травматизмом страдают, главным образом, дети, а с-х производственным—взрослые. Больше половины повреждений в быту происходит на почве алкоголя, в виде ранений головы и верхних конечностей с повреждениями типа ушибленно-рваных и кожных ранений. Остальной бытовой травматизм приходится на ушибы, переломы, ожоги и т. д. Собственно на с-х. машину (молотилка, соломорезка, мялка и т. д.), при производственном с-х. травматизме падает 16%, а остальные приходятся на косу, серп, вилы, борону и т. д. Характер этиж