

б) Хирургия.

Новый оперативный метод лечения hydrocephalus int. chron. у детей предложил Hildebrand (Archiv f. klinische Chir., Bd. 127). Разрез мягких частей до кости вдоль супраорбитальной линии и на 1-2 стм. книзу; поднадкостничное отделение крыши глазницы, затем выбивание отверстия ($1\frac{1}{2}$ —2 стм. в квадрате) в глазничной крыше, которое удается легко, благодаря малой толщине кости. Дальше выступает напряженная твердая мозговая оболочка, которая расщепляется по окружности костного дефекта, и снизу Грамапп'овскою иглой пунктируется боковой желудочек; движением канюли увеличивают отверстие в мозгу, через которое опорожняется боковой желудочек. Швы на кожную рану. После операции ребенка усаживают в постели так, чтобы мозговое отверстие бокового желудочка было наиглубочайшим пунктом, и при накоплении вновь жидкости в боковом желудочке был-бы обеспечен сток в субарахноидальное и субдуральное пространства и глазничную жировую ткань. Такой способ автор применил успешно в трех случаях *И. Цимхес.*

Резекцию толстых кишек путем инвагинации Falkenburg (Arch. f. klinische Chirurg., Bd. 127) производил главным образом при новообразованиях толстых кишек. После тщательной очистки толстых кишек больной получает накануне вечером 10 капель t-ae opii. Разрез живота по средней линии. Пораженные участки толстых кишек и лимфатические железы резецируются после наложения жомов на здоровые участки кишек и mesocolon. На приводящем отрезке толстой кишки, на 0,5 стм. поверх разобщенного места, проводятся, на одинаковом расстоянии друг от друга, 4 длинные шелковые лигатуры через все слои кишки. Оба конца каждой лигатуры на игле пропускаются в просвет отводящего отрезка толстой кишки и здесь совнутри кнаружи, на расстоянии 6-8 стм. от конца последней, проводятся через всю стенку кишки. Насколько возможно, простым потягиванием лигатур подтягивается верхний отрезок толстой кишки в нижний, appendices epiplioicae отсекаются ножницами, и швы затягиваются. Затем накладывается серо-серозный шов на конец отводящего отрезка и выступающую часть приводящего. Для облегчения наложения швов ассистентом вводится через задний проход возможно выше тугой толстый желудочный зонд так, чтобы он проходил через инвагинированное место; зонд остается на 8 дней и обеспечивает отхождение газов. *И. Цимхес.*

Переломы голени. Швейцарские хирурги Winterstein из Цюрихской клиники (Monatschr. f. Unfallheilk. u. Versicherungsmed., № 10, S. 217—226, 1922) и Trutmann, на основании данных швейцарской страховой кассы за 1919 и 1920 годы (R.v. Suisse des ass. du travail, № 1, p. 1—7; № 2, p. 25—32, 1923) дают большой статистический материал по вопросу о переломах голени. Материал Winterstein'a обнимает 1422 случая, которые распределяются следующим образом: переломы обеих костей голени—подкожные 481 случай (33,8%), открытые 170 случаев (11,9%), переломы tibiae 158 (11,1%), переломы fibulae 124 (8,7%), переломы обеих лодыжек 139 (9,8%),

переломы внутренней лодыжки 58 (4,1%), переломы наружной лодыжки 223 (15,7%), комбинации переломов лодыжек с вывихами 69 (4,9%). Мужчины составляют 89% всего материала, женщины 11%. Наибольшее число переломов приходится на 3-е и 4-е десятилетия жизни. Количество прямых и не прямых насильий приблизительно одинаково. Общая смертность 1,8%; специально же при осложненных переломах смертность достигает 7%. Смертность значительно выше, начиная с 4-го десятилетия и дальше. Костное сращивание в случаях подкожного перелома наступало, в среднем, через 8 недель; длительность пребывания в госпитале—12 недель. При открытом переломе сращивание затягивалось до 11 недель, госпитальное пребывание до 16 недель. Быстрее всего излечивались переломы наружной лодыжки (35 дней коечного лечения). Лечение, как правило, производилось гипсовыми повязками, реже вытяжением по Zippinger'у. Другие методы (Steinmann'овский гвоздь, Haskenbruch'овский кламмер, оперативное лечение) применялись лишь в виде исключения. Матерьял Trutman'a обнимает специально 540 случаев переломов лодыжек. Из них большая часть приходится на неосложненные переломы наружной лодыжки—310 случаев (57,41%), затем таковые же переломы обеих лодыжек—37 случаев (6,86%), внутренней лодыжки—32 случая (5,92%) и надмыщелковый перелом fibulae—32 случая (5,92%); остальные случаи приходятся на различные более редкие виды околомыщелковых переломов. Непрямое насилие имело место в 417 случаях (77,22%), прямое—в 123 (22,78%). Большинство переломов произошло в январе и феврале, вследствие падения на скользкой почве. Длительность лечения колебалась от 7 и, повышаясь с возрастом, до 13 недель. Временная утрата трудоспособности при переломах наружной лодыжки составляла, в среднем, 50 дней, при переломах внутренней лодыжки—65 дней. Полное восстановление трудоспособности отмечено у 518 больных (96%). В 22 случаях (4%) постоянная утрата трудоспособности колебалась от 5% до 35% и касалась преимущественно пожилых лиц. Причину инвалидности являлись в нисходящем порядке: тугоподвижность голеностопного сочленения, мышечная атрофия, плоская стопа, боли, костные мозоли, вечерний отек стопы и arthritis deformans. Лечение в большинстве случаев (358=66,3%) производилось неподвижными повязками, реже (175 случаев =32,41%)—ранней мобилизацией, в виде исключения (7 случаев=1,29%)—вытягивающими повязками. Наилучший эффект давала ранняя мобилизация, при которой средняя продолжительность полного восстановления работоспособности ноги равнялась 44,2 дня в то время, как при гипсовой повязке этот срок затягивался до 55,5 дней.

М. Фридланд.

Операция остеосинтеза при несросшихся переломах длинных трубчатых костей требует, по мнению большинства современных хирургов, предварительного освежения и освобождения концов костного перелома от рубцовых тканей. Thomas (Journ. of the Americ. Med. Assoc., vol. 80, № 5, p. 309—315, 1923) считает, однако, такую точку зрения ошибочной и рекомендует держаться следующего правила. В случае, если несросшийся перелом возник после открытого инфицированного ранения, необходимо выждать с операцией