

175. *Камфора при тbc легких.* Murali и Weiler (Zeit. f. Tbc., 1926, 46, 4), проводя на лечении камфорой 430 туберкулезных больных, приходят к весьма оптимистическим заключениям относительно этого средства. Авторы рекомендуют вводить подкожно по 1,5 куб. сант. 20% камфарного масла в день, причем один день в неделю делается пауза; весь курс продолжается 20 дней и, в случае нужды, может быть повторен. При наступлении h moptoe применение камфоры усиливается, именно, втечении 1—2 суток каждые 6 часов впрыскивается по 3 куб. сант. 20% камфарного масла. Р.

е) Хирургия.

176. *Люминал-эфирный наркоз.* Millul (по реф. в Ther. Ber., 1927, № 3) советует перед эфирным наркозом применять у подлежащих операции больных, вместо морфия, люминал. Дети 14—15 лет получают per os 0,1 люминала в небольшом количестве воды за 1 час до операции, взрослые—0,3 люминала в 1/2-стакане воды за 1 1/2 часа до операции. При этом уменьшаются возбуждение и страх больных перед операцией, и для наркоза требуется гораздо меньше эфира, чем обычно. Р.

177. *О действии перувианского бальзама на раны.* Проф. W. Silberschmidt и д-р C. Brunner (Zentr. f. Chir., 1927, № 5) на основании экспериментальных исследований пришли к заключению, что бактерицидная сила перувианского бальзама незначительна, но большое значение имеет его анитоксическое действие. И. Цимхес.

178. *Лечение кровоточащих язв желудка.* Проф. Гессе (Врач. Дело, 1926, № 14), рассматривая показания к оперативному вмешательству при кровоточащих язвах желудка, делит случаи этого рода на 2 группы: 1) случаи, где язва сопровождается однократным тяжелым кровотечением, и 2) случаи, где имеется острое рецидивирующее кровотечение. В случаях первого рода он советует проводить консервативное лечение, но через 3 недели (не позднее) оперировать, во вторых случаях он всегда оперирует (за исключением состояния коллапса) немедленно после второго кровотечения, соединяя операцию с переливанием крови, причем наилучшим способом операции считает циркулярную резекцию.

Котельникова-Бандина.

179. *Пересадка почек.* Augatovic (Lyon chir., 1925, № 6; по реф. Рус. Кл., 1926, № 29) произвел, на собаках, ряд опытов с гомотрансплантацией, гетеротрансплантацией и некротрансплантацией почек. Результаты были настолько благоприятны, что автор считает допустимым производить эту операцию, в подходящих случаях, и на людях, причем почки для пересадки лучше всего брать от людей, только что умерших. Р.

180. *Сфинктеропластика апоневрозом.* Разбирая сфинктеропластику, как метод оперативного лечения паховых грыж, Bloek, на основании собственного опыта (12 случаев), (Zentr. f. Chir., 1927, № 6) предлагает после обнажения апоневроза наружной косой мышцы рассекать ее обычным путем, проводя два параллельных разреза тотчас рядом с пунартовой связкой и с медиальной стороны. Затем, после удаления грыжевого мешка, отделяют яичко от lig. Hunteri и, извлеки его в операционную рану, проводят через отверстие, образованное путем перекреста параллельных лоскутов апоневроза, причем нижний лоскут фиксируется швами кверху, верхний—книзу. Таким путем образуется сфинктер, который пропускает лишь семязводящий проток с сосудами. В заключение яичко вновь погружают в мошонку и соединяют с lig. Hunteri. И. Цимхес.

181. *Применение сальниковой пластики в черепно-мозговой хирургии.* Проф. Миротворцев и д-р Самсонов (Вестн. Хир. и Погр. Обл., кн. 25, 1927 г.) рекомендуют пользоваться для заполнения дефектов мозгового вещества и твердой мозговой оболочки, в качестве аутопластического материала, сальником. Последний экстирпируется в размере необходимым для замещения дефекта и либо распластывается на поверхности мозга в 1—2 слоя, либо вкладывается в полость, напр., дефект после удаления опухоли, где и укрепляется тонкими к тгутовыми швами к твердой мозговой оболочке. Раны черепной и брюшной полостей зашиваются наглухо, причем, как правило, наблюдается первичное натяжение. Благодаря своей эластичности и «пластичности», сальник точно выполняет всякую полость в веществе мозга и как-бы «вливается» в эту полость. Он является, далее, пре-

красным тампоном при кровотечениях. Наконец, он представляет надежный буфер для мозга, предохраняя его от вредных инсультов. Пересадка сальника не служит препятствием к закрытию костного дефекта черепа костным трансплантатом.

И. Цимхес.

ж) Ортопедия.

182. *Лечение паралитического коленного сустава* было первым программным вопросом VIII Съезда Ортопедов в Париже 8 октября 1926 г. По Nové-Josseland'y (Presse médicale, 1926, № 83) при изолированном параличе m. quadriceps femoris достаточно пересадки на него m. sartorii и m. tensoris fasciae latae; в более тяжелых случаях необходим артродез коленного сустава, который можно делать в 7—8-летнем возрасте с последующей фиксацией в гипсе на 4—6 месяцев. При одновременном параличе стопы добавляется артродез голенно-таранного и подтаранного суставов путем пересадки костной подпорки на шейку talus'a. Фиксируется стопа в положении equinus'a под углом в 110°. В случаях, где существуют контрактуры и genu valgum без разболтанности сустава, можно ограничиться массажем, продолжительным вытяжением, редрессацией, тенотомией, капсулотомией или надмыщелковой остеотомией, — в зависимости от степени деформации.

Н. Киптенко.

183. *Лечение деформаций тазобедренного сустава* было вторым программным вопросом на VIII Съезде Ортопедов в Париже. Докладчик P. Mathieu (Presse med., 1926, № 83) делит эти деформации на две группы: 1) с полным анкилозом тазобедренного сустава, когда, при выпрямленном положении бедра, не нужно бывает оперативного вмешательства, а при порочном положении бедра показана подвертельная косая или клиновидная остеотомия, и 2) с сохранением подвижности бедра. В этой второй группе автор различает: а) неполный анкилоз тазобедренного сустава, где при отсутствии болей показана редрессация, а при болях — подвертельная остеотомия, б) внутривертлужный псевдартроз с большими деструктивными изменениями, где автор рекомендует артродез, и в) внесуставной псевдартроз — тяжелую деформацию с большим укорочением конечности. Здесь при отсутствии болей и малой подвижности автор рекомендует остеотомию, при отсутствии болей и большей подвижности — остеопластическую операцию с образованием навеса для фиксации бедра к тазу, при существовании болей — внесуставной артродез с образованием искусственного затвора путем пересадки различных костей. Внутрисуставной артродез непрочен и может вызвать вскрытие болезненного очага. При двухсторонней деформации тазобедренного сустава необходимо с одной стороны получить прочный анкилоз, с другой — подвижность.

Н. Киптенко.

184. *Лечение анкилозов тазобедренного сустава путем образования ложного сустава* по Вредену (В. Хпр., кн. 24, 1926) состоит в следующем: кожный разрез начинается от середины cristae ilei, на 1 см. ниже ее, и идет параллельно ей до sp. il. ant. sup.; отсюда разрез спускается вертикально вниз и, пройдя половину длинника бедра, заворачивает под прямым углом на наружную поверхность бедра до ее середины; очерченный кожный лоскут отсепааровывается и откидывается кнаружи, обнажая широкую фасцию бедра и troch. major. Затем проникают у sp. il. ant. sup. в промежуток между tensor fasciae latae и gluteus medius и, спускаясь по переднему краю последнего, рассекают широкую фасцию до верхушки большого вертела, после чего проводят разрез через фасцию, идущий по краям кожного дефекта, поднимаясь по его медиальному краю до мышечного брюшка tensoris fasciae latae. Очерченный т. о. фасциально-мышечный лоскут отсепааровывается и откидывается кверху и кнутри, служа в дальнейшем материалом для интерпозиции. Далее, для получения хорошего доступа к суставу спереди и сверху, m. gluteus medius ножом отделяется от своего прикрепления к crista ilei на протяжении верхнего разреза кожи, без повреждения надкостницы по всей боковой поверхности таза. Затем рассекают остеотомом шейку бедра у места перехода ее в головку, вывихивают в рану конец бедра и вертикально отпиливают шейку в уровень с боковой поверхностью диафиза бедра. Ранее образованный лоскут из широкой фасции с мышечной ножкой в виде musc. tensor fasc. latae с сохранением идущего к нему сосудисто-нервного пучка, как занавес, опускается на область acetabuli с сидящей в ней головкой бедра и несколькими кетгутowymi швами фиксируется со всех сторон к окружающим мягким тканям. После того верхний конец бедра устанавливается на обычное место в положении полной экстензии,