

Протеиновая терапия некоторых хирургических заболеваний. Страдынь (В. Хир. и Погр. Обл., т. II) применил парентеральное введение женского молока (молоко кипятилось в течение 10' и вспрскивалось в теплом виде внутримышечно или подкожно через 2—4 дня, в среднем 4—5 раз, в дозах $\frac{1}{2}$ —2 к. снт. у детей, у взрослых же 1—3 к. снт. сначала, затем до 3—4, редко до 5 к. снт.) в 33 случ. различных хирургических заболеваний. Наилучшие результаты получились при полиартритах и остеомиелитах у крепких субъектов. В. Боголюбов.

Новая модификация дренажа. Madlener (Centr. f. Chir., 1923, № 7; по реф. Münch. med. Woch., 1923, № 9) предлагает в качестве дренажа для ран стерильную пергаментную бумагу, свернутую в трубку. Бумага это не раздражает раны, не имбибируется, не приклеивается, легко удаляется и очень хорошо дренирует. И. Ц.

Оперативное исправление рахитических искривлений нижних конечностей в настоящее время достигается либо этапной остеотомией с последующей гипсацией, либо посредством субпериостальной экстирпации искривленного участка кости (Springer), либо посредством редрессации после предварительного размягчения костей длительной фиксацией их в гипсовой повязке (Anzoletti, Rörcke), либо при помощи нек. др. менее популярных методов. Stracker (Münch. med. Woch., 1921, № 68), считая все указанные методы или чрезчур длительными, или очень серьезными с точки зрения асептического выполнения, предлагает свой способ, который автор с успехом применял в клинике Spitzzy, а именно, односеансную остеотомию на всех вершинах искривления; genu valgum устраняется эпифизиотомией; затем следует вытяжение конечности в течение 14 дней; внутрь даются обычные противорахитические препараты. При таком лечении в случаях S. полная консолидация остеотомированных участков наступала уже в течение 1—1½ месяцев.

Новый способ вправления вывиха плеча. Недостатком прежних методов вправления этого вывиха является; по Дженелидзе (Вест. Хир. и П. Об., 1922, I), недостаточно хорошая фиксация лопатки. Чтобы достигнуть этой фиксации, автор советует укладывать пациента на больной бок на столе, чем и фиксируется лопатка; рука больного свешивается при этом за край стола, и хирург производит одновременно потягивание за нее вниз и ротационные движения в плече, держа соименной рукой согнутое предплечье больного и равноименной рукой—вывихнутое плечо. Е. Алексеева.

Лечение Dupuytren'овской контрактуры представляет до сих пор большие трудности. Bruce Gill (Annals of Surg., 1919, LXX, № 2) рекомендует следующую, давшую ему весьма благоприятные результаты, операцию: общая анестезия; турникета не накладывать; разрез через дистальную поперечную складку ладони; тщательное иссечение всей сморщенной fasciae palmaris от основания ладони до основания пальцев. После этого контрактура легко устраняется; лишь в редких, сравнительно, случаях еще этому мешают проксимальные межфаланговые суставы;—тогда головки первых фаланг иссекаются через разрез по соответственной поперечной складке

пальца. В заключение пересаживается свободный кусок жира из бедра на место иссеченной *fasciae palmaris* (чтобы предупредить сращение кожи с подлежащими сухожилиями); на трансплантат никаких швов не накладывать. Кожная рана зашивается наглухо. Необходимость строжайшей асептики разумеется сама собою. После операции рука укладывается на 10 дней в шину. *М. Фридланд.*

Лечение спиральных переломов костей обычными методами фиксации и вытяжения дает, в общем, неудовлетворительные результаты. Поэтому Rixford (Ann. of Surgery, 1921, LXXIV) рекомендует во всех случаях подобных переломов прибегать к ранней операции, которой, как правило, должно предшествовать рентгенологическое исследование формы перелома и положения отломков. За время операции автор придает особенное значение удалению всех мелких свободных осколков костей и тщательному очищению концов обломков от периостальных и фиброзных прослоек. По достижении плотного соединения концов обломков (при помощи вытяжения, ротации и осторожных рычаговых движений), через концы костей просверливаются дрилем отверстия, и кости связываются серебряной проволокой, концы которой закручиваются и плотно прижимаются к кости, после чего рана наглухо зашивается, и конечность фиксируется в соответствующей шине или с'емной гипсовой гильзе. Повязка часто снимается, и производятся массаж, гимнастика и электризация. *М. Фридланд.*

Процесс организации и регенерации костных трансплантатов совершается, согласно анатомическим и клиническим исследованиям Lindemann'a (Zentr. für Chir., 1921, № 48), на протяжении нескольких лет. Автор устанавливает в нем следующие стадии: 1) постепенный и полный некроз всех составных частей трансплантата, 2) организация трансплантата, 3) закладка костных трабекул и остеонной ткани в трансплантате. После этих 3 стадий процесс приходит к состоянию, совершенно аналогичному тому, которое мы наблюдаем на месте первичной костной мозоли после переломов, так что в 4-ой стадии регенерации костных трансплантатов мы имеем дело с рассасыванием избыточной остеонной субстанции и одновременной кальцификацией мозоли. Причинами, могущими нарушить эту типическую эволюцию трансплантата, являются: механическое смещение трансплантата, кровоизлияния и местные воспалительные процессы. *М. Фридланд.*

г) Акушерство и гинекология.

Продолжительность беременности у человека. Разбирая этот вопрос на основании ряда статистических данных, сообщаемых разными авторами, Zweifel (Arch. f. Gyn., Bd. 116) приходит к заключению, что беременность может длиться более 302 дней, при этом если считать ее не только от первого дня последних регул у женщины, но и от дня плодотворного совокупления. Заслуживает внимания, при этом, что перенесенные дети далеко не всегда являются на свет по своей длине и весу превышающими нормальные цифры. *В. Груздев.*