

220. *Косая остеотомия бедра.* I. Hass (Zentr. f. Chir., 1927, № 13) рекомендует эту операцию в случаях тяжелой соха vara, где он применил ее у 3 больных с полным успехом; конец бедра упирается при этом в суставную впадину под бедренной головкой, остающиеся на обычном месте. Затем автор применил этот метод в 3 случаях tbc коксита с разрушением головки, где процесс был уже закончен, также с обычным исходом. Наконец, Н. произвел эту операцию в 2 случаях деформирующего артрита тазобедренных суставов, где предварительное ортопедическое лечение не оказало никакого действия, и также с превосходным результатом.

А. Алексеева-Козьмина.

221. *Сущность и лечение перемежной хромоты.* Н. Curschmann (Theor. d. Gegenw., 1927, № 12), будучи приверженцем ангиоспастической теории данной болезни, рекомендует, вместе с осторожным водным лечением, прежде всего подкожные впрыскивания азотистокислого натра, который, по его мнению, превосходит все другие сосудорасширяющие средства. Кроме того, при этой болезни могут быть полезны аспирин, хинин и очень осторожное лечение физическими методами.

С. С-в.

222. *Значение костно-пластической фиксации позвоночника при его tbc поражении,* по мнению Копылова (Вестн. Хир., кн. 31, 1927), заключается не в механической помощи трансплантата, а в сложных биологических процессах, сводящихся к раздражению и оживлению воспалительной и регенеративной функций организма в ответ на инфекцию. Основываясь на таком взгляде, автор считает, что операция Lawalle'я, заключающаяся во введении костных пластинок в толщу больных tbc эпифизов, находит свое теоретическое оправдание. Копылов оперировал 16 случаев по Lawalle'ю и доволен результатами. Все же, — осторожно заканчивает он, — необходимо в дальнейшем выработать методику и более точные показания для применения этого способа при различных формах костно-суставного tbc.

Н. Завьялова.

223. *Новый способ операции при hallux valgus.* Проф. П. Э. Гаген-Торн (Журн. Совр. Хир., 1927, вып. 5—6) находит, что развитию hallux valgus предшествует развитие плоской стопы, а не hallux valgus является причиной последней. Не у всех плоскостопных развивается, однако, hallux valgus, — это бывает лишь при известных изменениях статики и динамики стопы. Сначала развивается плоская стопа, а затем происходит сведение пальца в латеральную сторону вследствие ослабления абдуктора и перевеса над ним аддуктора. Исходя из этиологии данной аномалии, автор рекомендует в начальных стадиях ее исправление плоскостопия ортопедическими стельками, а в дальнейших стадиях устранять ее оперативным путем. При этом в тех случаях, где hallux valgus неособенно резко выражен, достаточно отделить m. abductor от места его прикрепления к медиальной сесамовидной косточке и основанию I фаланги hallux'a и пересадить его к головке I фаланги. В резко же выраженных случаях, при трансформации I плюсневой кости, необходимо изменить ее положение путем клиновидной резекции диафиза I метатарсальной кости с внутренним латеральным основанием клина. С 1910 г. автор оперировал по этому способу 16 больных, причем у 15 имел благоприятный, стойкий результат.

П. Цимхес.

е) Офтальмология.

224. *Аутосеротерапия при трахоме.* Д-р А. П. Владыченский (Р. Офт. Ж., 1927, № 8—9) применил аутосеротерапию в 10 случаях тяжелой трахомы, причем пользовался следующей методикой: из вены локтевого сгиба извлекалась шприцем кровь в количестве 3—5 куб. с. и помещалась в низенькую пробирку, которая закрывалась ватной пробкой и оставлялась при комнатной t°; часа через 3—4 после того отделившаяся от сгустка сыроватка набиралась опять в шприц и, после предварительной коагуляции глаза, впрыскивалась в количестве 0,4—1,0 куб. с. в переходную складку верхнего и нижнего века. Впрыскивания эти в дальнейшем повторялись. Автор убежден, что в этом виде аутосеротерапия является способом совершенно безвредным для глаза и, в то же время, дающим значительное улучшение, особенно при тяжелых формах трахомы, с язвами и инфильтратами роговицы.

Р.

225. *Риванол в офтальмологии.* Liebermann (Klin. Woch., 1927, № 37) рекомендует прибавлять, при инфильтрационной анестезии, к раствору новокаина риванол (в пропорции 1:4000). Это сообщает тканям стойкость против инфекции.

При операциях на глазном яблоке такая инфильтрация переносится гладко, не вызывая никакого раздражения. Точно также и при гнойных процессах, в частности при флегмонах слезного мешка, можно применять инфильтрационную анестезию в этом виде без особой опасности. *В. Адамюк.*

226. *Вылушение глазного яблока с пересадкою хряща.* A. d. Faber (Brun s' Beitr. zur klin. Chir., 1927, Bd. 141) произвел эту операцию, с 1919 года, 62 раза на больших от 6 до 38 лет. Техника ее такова: после удаления яблока образуется в глубине глазной впадины прочная подкладка путем сшивания косых глазных мышц и остатков сумки, затем на нее кладется взятая из VI или VII ребра хрящевая пластинка, а поверх всего пришиваются крестообразно прямые глазные мышцы, субконъюнктивальная ткань и соединительная оболочка. На этом, движущемся при вращении глаза, основании движется и вставляемый через 2—3 недели после операции искусственный глаз; в дальнейшем он не опускается глубже; раздражения хрящевой пластинки не бывает. *С. С-в.*

227. *К технике оперативного лечения косоглазия.* В методы оперативного лечения косоглазия в последнее время вновь вносятся различные видоизменения. Как наиболее оригинальное, можно указать на обертывание концов перерезанной при тенотомии мышцы лоскутками предварительно отсепарованной ее же капсулы. Этим предупреждается возможное сращение концов перерезанной мышцы и уничтожение эффекта операции (Greu. Klin. Mon. f. Aug., Bd. 75). Weskers (по Colmanty, Arch. d'opht., 1925) видоизменяет операцию пересадки мышц кпереди таким образом: подлежащая пересадке мышца после ее освобождения крепко захватывается толстой лигатурой и после обычной перерезки сухожилия перекидывается через роговицу, а лигатура подводится под ее антагониста, предварительно обнаженного (проведение лигатуры возможно и прямо через конъюнктиву, под мышцу); после этого напряжением лигатуры глазу придается прямое положение, и лигатура завязывается. Снимается она через 8 дней, причем весь излишек мышцы, перекинутый через роговицу, отрезается. Loddén (Lettura oftalmol., 1927, № 1) предпочитает при косоглазии методом пересадки мышцы образование складки из нее. Автор видит преимущества этой операции в сохранении целостности мышцы, что дает возможность исправления неудачных результатов, далее—в большей стойкости результата, а также в возможности более точной дозировки эффекта операции. В случае необходимости к этой операции может быть добавлена тенотомия антагониста. Стороны мышцы, которые должны, при образовании складки, соприкасаться друг с другом, надо обскоблить острой ложечкой. Лигатуры на укорачиваемую мышцу накладываются не только на основание складки, но и верхушка ее, отдельной лигатурой, притягивается к области limbus'a роговицы. *В. Адамюк.*

ж) Акушерство и гинекология.

228. *Видоизменение Строгоановского метода лечения эклампсии* предлагает Katsuya (Zentr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 90, 1927), который в целях устранения побочного действия на сердце и почки заменяет хлорал-гидрат люминал-натрием, а морфий—отчасти пантопон-скополамином. Схема лечения по К. такова:

в начале лечения	1,5—2,0 куб. с.	1% morphii muriatici,
через 1 час . . .	2,0	» » 20% люминал-натрия,
через 3 часа . . .	0,5	» » 20% пантопон-натрия,
через 5 часов . . .	2,0	» » 20% люминал-натрия,
через 10 часов . . .	1,5	» » 20% »
через 15 часов . . .	1,5	» » 20% »
через 20 часов . . .	1,5	» » 20% »

Проведя по этому методу все встретившиеся ему с 1922 по 1925 г. случаи эклампсии (20), автор получил 5% смертности матерей и 10% смертности детей вместо 20,8%—50%, полученных им от оригинального метода Строганова. *А. Т.*

229. *Препараты гипофиза в послеродовом и послеродовом периодах* рекомендует систематически применять Timpanago (по Berich. ü. d. ges. Gyn., Bd. XII). Противопоказаний к применению их автор не видит. Преимущество их заключается в уменьшении осложнений в течение послеродового периода родов, в более совершенном обратном развитии матки post partum, в уменьшении болезненных послеродовых схваток и в регулировании деятельности пузыря и кишечника. *А. Т.*