

фия, уменьшающего боли; впрочем с этим средством надо быть осторожным, так как морфий подавляет также способность к отхаркиванию. Рекомендуются также кардиазол и гексетон, причем последнего надо делать не более 2 инъекций в течение двух часов. При наличии постоперационных катарров автор советует применять суперзан, ментонин — по 2—3 к. с. интрамускулярно и транспульмин (1—2 к. с. ежедневно). Старые экстретоганга тоже не следует забывать. Если изменения в легких перешли в хроническую форму с образованием мелких или более значительных абсцессов, то уместными являются аутогемотерапия, протеиновая терапия или сальварсан (доза II—III). При изменениях грудной стенки — в зависимости от случая — могут оказаться полезными компрессы, горчичники и рассасывающие средства, напр., салициловые препараты. *А. Тимофеев.*

## г) Ортопедия.

267. *Травма позвоночника.* В большинстве случаев травмы позвоночника бывают односторонние расстройства, происхождение которых Schanz (Орт. и Травм., 1928, кн. 5—6) объясняет, сравнивая позвоночник с трубкой, наполненной вязкой жидкостью. Если травма поражает стенку этой трубки, то, вследствие давления, в ее содержимом возникает волна, распространяющаяся в оба конца трубки; если высота этой волны превышает определенную величину, то ранится содержимое трубки; сама же трубка также повреждается на месте прикосновения к ней закругленной верхушки волны. При вскрытии позвоночника в подобных случаях на месте прикосновения верхушки волны к телу позвонка находят разрывы межпозвоночных дисков, проявляющиеся в виде выпячивающихся в костно-мозговую полость небольших узелков, — т. наз. хрящевые грыжи. *Н. Киттенко.*

268. *Случай перелома I шейного позвонка без повреждения спинного мозга.* Menegaux (Revue d'orthopédie, 1927, № 3) приводит случай больного 70 лет, у которого после падения с лестницы головой вниз был обнаружен при рентгеноскопии перелом задней дужки атланта с небольшим смещением; больной был выписан через 26 дней без всякого специального лечения. Автор приводит несколько аналогичных случаев из литературы и делает вывод, что мозговые симптомы при переломе шейных позвонков могут иметь место лишь в случае повреждения зубовидного отростка и смещения отломков вперед. Однако автор не отрицает возможности у данного больного в будущем появления болезни Kimmell-Vergneile'a и рекомендует осторожный прогноз для всех подобных случаев. *А. Алексеева-Козьмина.*

269. *Регенерация сухожилий.* Вопросом этим занялся Пржевальский (Орт. и Травм., 1928, кн. 5—6), производивший опыты с резецированием Ахиллова сухожилия у собак, причем оказалось, что в тех случаях, где сухожильное влагалище было сохранено, происходило восстановление дефекта путем регенерации сухожилия. Напротив, при отсутствии сухожильного влагалища дефект замещался соединительной тканью. *Н. Киттенко.*

270. *Оперативное лечение привычных вывихов наколенника.* Hoffmeister (Zentr. f. Chir., 1928, № 2) разбирает материал привычных вывихов наколенника, прошедший через клинику Лехера за 2 года. Все случаи были оперированы по способу Whitelock'a, заключающемся в следующем: кожный разрез проводится по медиальной поверхности коленного сустава; дистальный сухожильный конец m. gracilis отделяется от места своего прикрепления, проводится под m. sartorius и пришивается к lig. patellare. Автор видел во всех случаях хорошие отдаленные результаты. *И. Цимхес.*

271. *Пересадка m. tensoris fasciae latae на spina post. sup.* F. Dickson (Journ. of bone a. joint. surg., 1927, vol. IX, № 1) проделал эту операцию за последние 5 лет у 40 больных с параличом нижних конечностей, причем получал неизменно хорошие результаты. Операция имеет целью заменить парализованные ягодичные мышцы, при условии, если m. tensor f. latae сохранил свою функцию. Техника ее следующая: разрез кожи от sp. ant. sup. до sp. post. sup. по краю подвздошной кости; впереди разрез продолжается вниз на ребро на 15 см., по внутреннему краю m. tensoris f. l. Весь кожный лоскут вместе с подкожной клетчаткой откидывается вниз и назад. Обнаженный tensor fasc. отделяется от m. sartorius и m. rectus femoris на расстояние 15 см. и сзади от средней ягодичной мышцы. Наконец, tensor f. l. отделяется от места своего прикрепления у sp. ant.