

сразу против современных способов ранней радикальной операции, имеющих целью сразу удалить всю большую часть кости.

123. *Причины кровяной рвоты после операции.* Jungbluth (Zentr. f. Chir., 1927, № 50) ставит послеоперационную кровавую рвоту и слюну: 1) с послеоперационным ацидозом, 2) с тромбопенией и 3) с внутривенной послеоперационной гематомой.

124. *Лечение послеоперационных осложнений.* E. Вацманн (Schweiz. med. W., 1927, № 44) рекомендует для устранения жидкости после операций капельные вливания в прямую кишку 400—800 куб. см. ромашкового чая с прибавкой 20 капель опийной настойки: только дети, к сожалению, не удерживают их. При послеоперационном илеусе часто хорошо действует внутривенное вливание пятиуговой рвоты, 2—4 куб. см., при продолжительности вливания 15—20 мин.; можно с целью ввести внутривенно и подкожно, в количестве 1 куб. см. с 10 куб. см. горючего масла. При шок и коллапсе очень рекомендуют внутривенные вливания 1% раствора сахара, обычно 150 куб. см. 20%, раствора с прибавкой 10 единиц адреналина.

125. *Транспульмин после операций.* Средство это, представляющее собой стерильный раствор основного хинина и камфоры в эфирных маслах, успешно применяется по Jung (Munch. m. W., 1927, № 44), для лечения бронхоэктазий, инфекционной астмы, бронхитов и пневмоний. Для предупреждения послеоперационных пневмоний оно вводится по 2 куб. см. в мышцу ежедневно в течение 5 дней после каждого палатационного наркоза. Если, несмотря на эти профилактические впрыскивания, развивается легочное заболевание, то впрыскивания продолжают до исчезновения признаков последнего (в среднем оно проходит через 7 дней). При 305 палатационных наркозах (смесями наркоз, хлороформ и эфир) продолжительностью до 3 часов, установлено было 5 начинавшихся пневмоний: 4 из них быстро исчезли при лечении транспульмином, одна же больная, несмотря на него, скончалась (жирное сердце). При послеоперационном применении транспульмина бросилось в глаза отсутствие признаков сердечной слабости и, кроме того, скорое возобновление кишечной перистальтики у лапаротомизированных (из 115 оперированных, получивших транспульмин, у 102 она возобновилась через 14 часов, у 1 же через 4, а у остальных—через 13 часов после второго приема лекарства). Объясняется это влиянием хинина на кишечник.

е) Ортопедия.

126. *О причинах и лечении перемежающейся хромоты.* По Mendel'ю (Klin. W., 1927, № 21) предрасполагают к этой болезни: еврейская раса, принадлежность к состоятельным классам, мужской пол и возраст за 40 л. Причины врожденная узость сосудистой системы, нейронатическое предрасположение, семейная склонность, диабет, подагра, никотин, сифилис, алкоголь, промачивание ног, плоская стопа и т. д. Болезнь характеризуется расстройствами двигательными, чувствительными и сосудодвигательными. Поражаются при ней не только ноги, но и руки, язык (затрудненная речь), мышцы глаз и гортани, спинной мозг, сердце (angina pectoris), аорта, кишечник и т. д. Самый выдающийся симптом—отсутствии или малость пульса (особенно на a. dorsalis pedis, a. tibialis postica и a. poplitea). В лечении главное—покой. Предохранительные меры: избегать холода и сырости, при начинающихся болях—покой, удобная обувь, упорядочение диеты (поменьше мяса, белков, соли, холестерина и алкоголя). Причинное лечение назначается в зависимости от этиологии. Симптоматически: под, диуретики, стрихнин, мышьяк и т. д., особенно же natrium nitrosum (0,2:10,0 воды, ежедневно 12—14 инъекций под кожу, 20—30 впрыскиваний). При сильных болях antineuralgica. Физическое лечение: осторожный массаж, гальванические ножные ванны, ванны углекислые, кислородные и т. д., лечение в Гаштейне, Висбадене. В самых тяжелых случаях перипатеральное иссечение сочувственного нерва. При угрожающей гангрене—своевременная ампутация.

127. *Отдаленные результаты оперативного укрепления плечевой головки при ее рецидивирующем вывихе* проследил на большом собственном материале M. S. Penderson (Surg. gyn. and. obst., 1926, № 1). Из 19 человек, оперированных путем капсулопластики, 8 получили прочное выздоровление (42,1%), 6—улучшение (31,6%), и у 5 операции осталась без успеха (26,3%). Из 8 оперированных по Claigmont'у (проведение лоскута m. deltoidei через foramen

acromioclaviculare и подмышечное (62,5%) в у

128. *Лечение* ...
...случай псевдартроза
...оперирована следующи
...редрессации голени;
...концов и отдаление
...пластинки по всей д
...ставлены с трех по
...креплены с надежност
...срока обнаружена в
...каблучке. На рентгено
...нормальной и, что с
...ром никакого опера

129. *Местные* ...
1926, № 84) в 33 с
...тробчатых костей,
...во впрыскивании 1
...лом, до соприкос
...с переломом мыш
...квивание внутрь су
...чтожение рефлект
...ов и фиксацию

130. *Прием* ...
(Revue d'Orthopèd
...при вправлении
...вывихов локтевой
...отводится на 90°
...руками оператор
...пальцы скрещива
...последний вынуж
...вниз, затем быст
...щца при молот
...локоть встал в
...в приложении
...жесткого сустава
...мов со смещени
...в верхних кон
...когда нижний
...мешком.

131. *О м* ...
1927, № 12) на
...дуге операции
...кавалейцев с р
...кожи, преиму
...зает резкое п
...увеличение п
...и прочем нево
...операции суб

132. *О* ...
на кроликах
...доказали, что
...при keratitis
...в вену. Уж
...можно быва

quadrilatorum и подмышку с фиксацией к прос. coracoclaviculari, у 5 пациентов выздоровление (62,5%) и у 3 — успеха не было (37,5%). Трое больных, оперированных по методу Ikenosyan et Josserlin (подшивание лоскутка головки голени посредством лоскутка fascia lata к акромиону, Berl. klin. Woch., 1917, S. 525), все (100%) дали прочное выздоровление.

128. Лечение врожденного псевдартроза голени костно-надкостничными трансплантатами. G. Moutier (Revue d'Orthopédie, 1927, № 4) приводит случай псевдартроза у 5-летнего мальчика и нижней трети голени. Больная была оперирована следующим образом: подкожная телотомия Ахиллова сухожилия и редрессация голени; после обнажения места псевдартроза ожигание суставных концов и отделение надкостницы кругом, затем вымывание костно-надкостничной пластинки по всей длине tibiae и деление ее на 3 равных кусочка, которые представлены с трех поверхностей tibiae надкостницей снаружи; эти кусочки прикреплены к надкостнице tibiae катgutовыми швами. Гипс на 3 месяца. После этого срока обнаружена прочная консолидация отломков. Ребенок ходит на подплате каблуке. На рентгенограмме структура костей голени кажется более или менее нормальной и что особенно интересно, псевдартроз малоберцовой кости, на котором никакого оперативного пособия не было предпринято, также консолидировался.

А. Алексеева-Козьмина.

129. Местная анестезия закрытых переломов. Perrin (Presse med., 1926, № 84) в 33 случаях применил местную анестезию при закрытых переломах трубчатых костей, причем в 31 случае получил успех. Техника анестезии состоит во введении новокаина с адреналином под надкостницу, в самый очаг перелома, до соприкосновения с костным мозгом, и расположенные по соседству с переломом мышцы. При внутрисуставном переломе присоединяется еще вливание внутрь сустава. Через 15 минут получается полное обезболивание и уничтожение рефлекторных контрактур, что чрезвычайно облегчает вправление отломков и фиксацию их.

Н. Кипченко.

130. Прием „цепи“ при вправлении некоторых переломов. R. Tillier (Revue d'Orthopédie, 1927, № 2) сообщает об удачном пользовании этим приемом при вправлении переломов. Прием „цепи“, применяемый при вправлении задних вывихов локтевого сустава (по идее Jaboulay), состоит в следующем: плечо отводится на 90°, нижняя часть его, над локтевым сгибом, охватывается обеими руками оператора таким образом, что ладони покоятся на передней стороне плеча, пальцы скрещиваются, а большие пальцы упираются в остопоп и нажимают последний пизп по направлению к предплечью; предплечье же свободно свисает вниз; затем быстрым и сильным движением вытягивают предплечье наподобие цепи при молотье. Обычно достаточно бывает одного такого движения, чтобы локоть встал на место. Механизм действия „цепи“ в данном случае состоит в приложении центростремительной силы, соединенной с быстрым растяжением вывихнутого сустава. Автор с успехом применяет этот прием для вправления переломов со смещением костей, главным образом при переломах нижнего конца луча и верхних концов костей предплечья. Вообще он рекомендует его во всех случаях, когда нижний отломок кости слишком мал для захватывания рукой или инструментом.

А. Алексеева-Козьмина.

ж) Офтальмология.

131. Омоложение при глаукоме. Проф. А. С. Чемолосов (Р. Офт. Ж., 1927, № 12) на основании 3 собственных случаев и литературных данных рекомендует операцию омоложения (в виде двусторонней перевязки отводящих семенных канальцев с резекцией части придатков) для некоторых случаев первичной глаукомы, преимущественно воспалительной; операция эта в подобных случаях вызывает резкое повышение общего жизненного тонуса, повышение остроты зрения, увеличение поля его и понижение внутриглазного давления. Указанные изменения впрочем всегда резки и долговременны, сменяясь через 3—4 недели после операции субъективным и объективным ухудшением.

Р.

132. О введении неосальварсана в глаз путем миктофореза. Опытами на кроликах Abramowicz и Grossman (Warsz. Czasop. Lek., 1927, № 10) доказали, что введение неосальварсана непосредственно в глаз путем миктофореза (при keratitis parenchym.) дает гораздо лучшие результаты, нежели при инъекции в вену. Уже при 20-минутном миктофорезе с 1% раствором неосальварсана можно бывает обнаружить мышьяк в передней камере глаза. М. Вайнберг.