

вмешательства подходящих случаев; операция особенно показана у более молодых лиц, где результат ее выражен более ясно и держится дольше, чем у пожилых людей, где эффект вмешательства очень незначителен, а иногда даже совершенно отсутствует. Наиболее благоприятные результаты получены при болезни Рено, причем в большинстве случаев они держатся относительно долго. То же относится и к склеродермии; однако в тех случаях, где уже наступила резкая атрофия кожи, трудно ждать от симпатектомии обратного развития заболевания. При поражениях суставов, частично еще невыясненной этиологии, напр., при arthritis deformans у женщин, находящихся в климактерическом периоде, операции лучше не делать. При гипергидрозе результат операции в первое время обычно бывает очень хорошим, но и здесь трудно с уверенностью предотвратить развитие рецидива. При thrombngitis obliterans в начальной стадии можно рассчитывать на более или менее длительное улучшение, однако в более застарелых случаях приходится рано или поздно производить ампутацию. Операции на n. sympathicus при эссенциальной гипертонии также дают лишь временный и относительный результат; именно в этих случаях следует быть особенно осторожным в выборе больных. Заболевания colon типа болезни Гиршпрунга очень хорошо реагируют на вмешательства на симпатической нервной системе; то же относится и к некоторым случаям дисменореи и расширения мочеточников. Симпатектомия при angina pectoris дает лишь относительный эффект; в некоторых случаях наблюдается улучшение, в других—операция не оказывает никакого влияния.

Б. Иванов.

Steiner P. *Лечение вывихов полулунной кости.* (Schweiz. med. Wschr. 21, 504—507, 1936). На основании пяти случаев вывиха полулунной кости и одного случая luxatio intercarpea а. считает, что половина случаев, особенно вывихов полулунной кости, диагностируется только спустя 3 недели и больше после травмы. При подозрении на повреждение запястья безусловно необходимо рентгеновское исследование. В течение первых трех недель хороший результат дает бескровное вправление по Белеру. Вывихи полулунной кости давностью больше трех недель могут еще быть вправлены кровавым путем. Исправление положения кости может быть произведено продольной тягой за приклеенные мастизолом к 2 и 3 пальцам полосы марли. Продолжительность и результаты лечения при бескровном и кровавом вправлении одинаковы. Результаты вправления лучше результатов консервативного лечения или удаления кости. Если кровавое вправление не удается, обычно прибегают к удалению кости. А. считает, что в застарелых случаях, где кровавое вправление не дает надежды на благоприятный результат, удалению кости следует предпочесть консервативное лечение.

Б. Иванов.

Oberholzer J. *К лечению чистых частичных повреждений боковых связок коленного сустава.* (Schweiz. med. Wschr. 12, 281, 1936). Дифференциальный диагноз между чистыми частичными повреждениями боковых связок коленного сустава и повреждениями их, сопровождающимися вывихом мениска, имеет громадное значение для лечения и ставится на основании результатов пневмордиографии. Лечение чистых частичных повреждений боковых связок должно состоять в инъекциях анестезирующих растворов (новокаин, перкаин) в околосуставные ткани непосредственно в область связок и места их прикрепления с последующей активной мототерапией. Нередко достаточно одного впрыскивания, но иногда необходимы 2—4 инъекции с промежутком в два дня. Как только станут возможными активные сгибание и разгибание, назначают массаж, диатермию и суховоздушные ванны. Обезыествление капсулы (Religrini-Preiser-Stieda) также подлежит консервативному лечению. Б. Иванов.

Woytek G. *Так называемый гемолитический шок.* (Dtsch. Z. Chir. 247, 1—2, 113—122, 1936). А. сообщает о трех случаях клинического гемолиза; в одном из них имело место неправильное определение группы крови вследствие неправильного результата пробы со стандартной сывороткой. У двух других больных принадлежность к одинаковым группам установлена на основании серологических контрольных исследований; оба относились к группе А. Биологическая предварительная проба дала во всех случаях отрицательный результат. А. считает, что простое определение группы крови с помощью стандартных сывороток недостаточно; дополнительно необходимо производить перекрестную пробу. Принципиально следует переливать лишь кровь, принад-

лежащую к той же группе. При повторных переливаниях нельзя несколько раз пользоваться одним и тем же донором для одного и того же реципиента. Описывая клинические явления гемолитического шока, а. указывает, что кардинальным симптомом его, наблюдающимся во всех случаях, являются сильные боли в пояснице, зависящие от спазма почечных артерий. Наилучшим средством для борьбы с гемолитическим шоком является немедленное переливание крови соответствующей группы, быстро и надежно устраняющее все симптомы шока.

Б. Иванов.

Palik F. *Острое расширение желудка после лапаротомии.* (Zbl. Gyn. 14, 803—807, 1935). А. описывает четыре случая тяжелого послеоперационного расширения желудка после лапаротомии, которые все закончились выздоровлением. Три раза дело шло об удалении крупных опухолей; стенки желудка были вялыми и растянутыми, почему можно считать, что причиной послеоперационной непроходимости была, вероятно, механическая закупорка, обусловленная смещенным тонким кишечником. Решающее значение для результата лечения имеет ранний диагноз. Для облегчения оттока желудочного содержимого и освобождения двенадцатиперстной кишки от давления брыжейки больного необходимо придать соответствующее положение (положение на боку, Тренделенбургское положение и т. п.). Рекомендуются способствовать опорожнению желудка горячими промываниями его и назначением соответствующих медикаментов (глануитрин, физостигмин); потерянное количество жидкости возмещается подкожными или внутривенными вливаниями. Необходимо также следить за состоянием органов кровообращения, во избежание развития сердечной слабости прежде, чем будет ликвидировано заболевание.

Б. Иванов.

Becker F. *Тяжелые изменения почек после разрыва печени.* (Zbl. Chir. 674—677, 1936). А. касается вопроса об изменениях почек после разрыва печени и сообщает соответствующий случай, где 27-летний мужчина через несколько часов после травмы правого подреберья был доставлен в клинику в состоянии тяжелого шока. При операции обнаружен разрыв правой доли печени, длиной в 10 см. Кровотечение остановлено кетгутowymi швами и мышечными лоскутами из передней брюшной стенки. Через 6 час. после операции — exitus при явлениях тяжелого dyspnoe. Гистологическое исследование почек обнаружило в них тяжелые дегенеративные изменения, явившиеся, повидимому, важной и весьма существенной причиной смерти больного и практически играющие значительную, но до сих пор еще мало учитываемую роль в деле предсказания при разрывах печени.

Б. Иванов.

Straaten Th. и Hünemann M. *Гипогликемические состояния у желудочных больных и их значение для хирургии желудка.* (Med. Klin. 18, 594—596, 1936). Аа. в результате своих исследований приходят к выводу, что гипогликемическая реакция после употребления сахара не является специфической для оперированного желудка; кроме случаев операции на желудке, она встречается также при неоперированной язве, у больных с гастритом и при других заболеваниях, особенно в периоде выздоровления. Из причин гипогликемической реакции после операции на желудке имеют значение, кроме ваготонуса, особые моменты в периоде выздоровления, главным образом изменение условий всасывания в результате гастрита, дуоденита, эйюнита или изменение механизма опорожнения, даже при здоровой слизистой оболочке. В отношении лечения аа. указывают, что отдельные гипогликемические приступы могут быть купированы назначением виноградного сахара. Хорошее действие при predisposition к гипогликемии оказывает частое употребление пищи небольшими порциями, без одностороннего преобладания углеводов. Во многих случаях предотвратить появление гипогликемической реакции может соответствующая оперативная техника, предусматривающая создание приближающегося к норме механизма опорожнения.

Б. Иванов.

в) Акушерство и гинекология.

Klaften E. *Лечение гормональных менструальных расстройств новыми гормональными препаратами.* (Wien. med. Wschr. 23, 1936). Необходимым предварительным условием успешного лечения является тщательное клиническое и биологическое исследование и дифференциальный диагноз каждого