

Wojtek G. Гемолитический шок после переливания крови. (Deutsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 247, H. 1/2, s. 113—122, 1936). Автор описывает 3 случая гемолиза после переливания крови, из которых в одном случае получилось смешение групп, а в двух других, принадлежавших группе А, групповая совместимость была доказана и контрольными серологическими исследованиями. Биологическая проба во всех трех случаях была отрицательной. Автор считает определение групп крови с помощью употребляемых сывороток недостаточным; дополнительно должна производиться перекрестная проба. Автор—принципиальный сторонник переливания крови с одноименной группой у донора и реципиента. Кардинальный симптом, наблюдавшийся во всех случаях гемолиза—боль в пояснице вследствие спазма почечных артерий. Во всех трех случаях срочное переливание одноименной крови быстро устранило явления гемолитического шока.

В. С. Маят.

Brener. Ожоги желудка соляной кислотой (Zbl. f. Chir., № 38, 1935). Автор описывает два случая отравления соляной кислотой, леченных хирургическим путем. 18-летний мужчина выпил большое количество соляной кислоты. Ввиду отека гортани сделана трахеотомия. Выписан здоровым через месяц. Вскоре после выписки—симптомы стеноза желудка. Через 8 недель после отравления операция под местной анестезией. Обнаружено резкое сужение в виде песочных часов на 3—4 пальца от привратника. Резекция желудка по Бильрот II. Выздоровление. При исследовании препарата отсутствие слизистой на месте стеноза, рубцовое изменение желудочной стенки, привратник свободен.

Второй случай—у 25-летней женщины—язвенный анамнез, в день поступления кровавая рвота. На операции отечная, разрыхленная стенка желудка, привратник инфильтрирован. Резекция по Бильрот II. Гладкое течение. Выздоровление. На препарате некроз слизистой желудка, особенно по большой кривизне, у привратника глубокая язва. Гистологически—местами полное отсутствие слизистой, железы расширены; в подслизистой—лейкоцитарные инфильтраты. Мышечная—без изменений. При выписке больная сказала, что выпила большое количество соляной кислоты с целью отравления.

В. С. Маят.

Albersten W. Об изменении титра агглютинина в крови при заболеваниях и хирургическом вмешательстве (Bruns Beitr. z. klin. Chir., 163, H. 1, 1936). Автор, применяя точную, специально выработанную методику, ставит под сомнение данные об изменении силы титра агглютинина, наступающего в процессе болезни и хирургического вмешательства. Автором были исследованы два случая мнимой несовместимости перелитой крови, считавшейся пригодной при определении групповой принадлежности. После дополнительной проверки специальным методом исследования, в первом случае был обнаружен слабо развитой рецептор В и кровь, принадлежавшая якобы к группе А, на самом деле оказалась группой АВ. Во втором случае кровь донора группы В, в течение семи раз переливавшаяся реципиентам группы В без всяких осложнений, на восьмой раз дала ясную реакцию; при проверке оказалось, что кровь донора содержала крайне слабо развитой рецептор А и принадлежала группе АВ. Автор указывает, что сыворотка, употребляемая для разведения, производит тормозящее действие на агглютинины и может быть причиной ошибок при определении группы крови.

Автор описывает методику проверки групповой принадлежности. Кровь берется из вены в стерильный стаканчик, нагретый до температуры тела, и сразу ставится в быструю центрифугу. Через 3 мин. кровяные тельца полностью отделяются. Остающаяся наверху, еще не свернувшаяся, сыворотка отсасывается пипеткой, а фибрин переносится в другие сосуды. Если сыворотка свернулась, тогда фибрин, прилипший к стенкам стакана, растворяется помешиванием стерильной палочкой и разбалтывается, создавая промежуточный слой между кровяными тельцами и сывороткой. Приготовленная таким образом сыворотка может употребляться для исследования. Из кровяных шариков готовится 5% взвесь в 0,85% растворе хлористого натрия.

В. С. Маят.

Mennenga H. Лечение ран маслом (Med. Welt, 1935, 1324—1325). Автор рекомендует старый способ лечения свежих ран маслом, широко применявшийся им во время войны. Вначале автор пользовался камфорным маслом, которым

обильно поливалась вся рана и рыхло тампонировалась пропитанной этим маслом марлей; в дальнейшем автор перешел на цизаноль, содержащий, кроме камфары, эвкалиптовое масло и тимол; основной массой является жидкий парафин. Способ показан главным образом при повреждениях, дальнейшее течение которых сомнительно. Автор полагает, что лечение маслом играет большую роль в смысле профилактики первичной инфекции загрязненной раны и рекомендует применение его в военной обстановке при наложении на рану первичной повязки.

Б. Иванов.

Ruckensteiner E. *Двойные язвы 12-перстной кишки* (Br. Beitr. z. klin. Chir., Bd. 163, H. 1, 1936). Автор приводит материал в 200 случаев двойной язвы 12-перстной кишки, распознанной рентгенологически. На операции диагноз подтвердился в 61% случаев. В 10,5% случаев при рентгеновском исследовании обнаружена только одна язва. Присутствие язвы обуславливает изменение формы bulbosa, по которой можно делать заключение о положении язв. Большая одиночная язва объясняется иногда слиянием двух язв; расположение ее часто отличается от обычного расположения язв 12-перстной кишки.

В. С. Маят.

Schaffhauser F. *Пластические операции при гидронефрозе* (Br. Beiträge z. klinische Chir. Bd. 163, H. 1, 1936). Материал автора—5 случаев гидронефроза, на которых произведено 7 пластических операций. Показанием для консервативных операций являются все ранние случаи. При умеренных и больших гидронефрозах показания к консервативным, особенно пластическим операциям, спорны и могут быть установлены только после обнажения почки. Инфицированный гидронефроз ограничивает показания, но не исключает благоприятных результатов при пластических операциях. Автор подчеркивает значение механических условий в патогенезе гидронефроза. Автор подчеркивает, что при строгом выборе случаев посредством консервативных, особенно пластических операций при гидронефрозе, можно сохранить для организма еще способную функционировать почку значительно чаще, чем это считалось до сих пор. Для достижения хороших результатов пластических операций при инфицированном гидронефрозе необходимо наложение нефро-или пиелостомии.

В. С. Маят.

Suermondt W. F. *Лечение аппендикулярных инфильтратов и абсцессов* (Deutsche Zeitschr. f. Chir., Bd. 247, H. 1/2, s. 96—104, 1936). Автор разработал материал Лейденской клиники по аппендициту. Срочная операция при остром аппендиците производится и после 48 часов. В случае инфильтрата или абсцесса 6-ные лечатся консервативно. Fowler'овское положение, лед и строгая диета. При распространении абсцесса кверху или к середине, в направлении свободной брюшной полости, делается вскрытие и дренирование его. Червеобразный отросток в этом случае никогда не убирается. Аппендэктомия производится только через 8 недель после излечения абсцесса. Выжидательное лечение аппендикулярных инфильтратов и абсцессов в течение последних 25 лет дало низкую смертность 0,7%.

В. С. Маят.

Merrem G. *Об асептическом послеоперационном менингите при blastomatoznych кистах* (Deutsche Zeitschr. f. Chir., Bd. 247, H. 1/2, s. 105—112, 1936). Автор наблюдал 3 больных, у которых после оперативного опорожнения blastomatoznych кист наблюдались асептически протекающий менингит. Течение этих асептических форм более выражено, чем—бактериологических. В спинномозговой жидкости находили очень немного нейтрофильных лейкоцитов и до 620/3 лимфоцитов и фибробластов. В одном случае обнаружено содержимое кисты (липоид) в цереброспинальной жидкости. Лечение кист оперативное. В случае невозможности радикального удаления кисты, надо попытаться убрать электрокожом отделившиеся части ее, воспрепятствовав широкому сообщению полости кисты с спинномозговой жидкостью.

В. С. Маят.

Knöflach J. G. *Операция привычного вывиха в локтевом суставе* (Zbl. Chir. 2897—2899, 1935). Автор предлагает следующий способ операции при привычном вывихе в локтевом суставе. Из медиального продольного разреза освобождают локтевой нерв и обнажают суставную капсулу до места прикрепления