

обильно поливалась вся рана и рыхло тампонировалась пропитанной этим маслом марлей; в дальнейшем автор перешел на цизаноль, содержащий, кроме камфоры, 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.

B. Иванов.

Ruckenstein E. Двойные язвы 12-перстной кишки (Br. Beitr. z. klin. Chir., Bd. 163, N. 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 *bulbus'a*, 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.

B. C. Маят.

Schaffhauser F. Пластические операции при гидронефрозе (Br. Beiträge z. klinische Chir. Bd. 163, N. 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.

B. C. Маят.

Suermondt W. F. Лечение аппендикулярных инфильтратов и абсцессов (Deutsche Zeitschr. f. Chir., Bd. 247, N. 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 б-ные лечатся консервативно. Fowler'овское положение, лед и строгая диета. При распространении абсцесса к верху или к средине, в направлении свободной брюшной полости, делается вскрытие и дренирование его. Червеобразный отросток в этом случае никогда не убирается. Аппендектомия производится только через 8 недель после излечения абсцесса. Выжидательное лечение аппендикулярных инфильтратов и абсцессов в течение последних 25 лет дало низкую смертность 0,7%.

B. C. Маят.

Megrem G. Об асептическом послеоперационном менингите при бластоматозных кистах (Deutsche Zeitschr. f. Chir., Bd. 247, N. 1/2, s. 105—112, 1936). Автор наблюдал 3 больных, у которых после оперативного опорожнения бластоматозных кист наблюдался 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 электротоком отделившиеся части ее, воспрепятствовав широкому сообщению полости кисты с спинномозговой жидкостью.

B. C. Маят.

Knoflach 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