

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 blastomatozных кистах* (Deutsche Zeitschr. f. Chir., Bd. 247, H. 1/2, s. 105—112, 1936). Автор наблюдал 3 больных, у которых после оперативного опорожнения blastomatozных 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.

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

ее к плечевой и локтевой кости. Из латерального продольного разреза капсула обнажается от плечевой до лучевой кости, после чего с обеих сторон от нее осторожно, щадя лучевой нерв и кровеносные сосуды, отделяют все мелкие части локтевого сгиба. Капсула ушивается, причем под мягкими частями проводятся две полоски фасции, шириной около 3 см, таким образом, чтобы они перекрещивались на сгибательной стороне сустава; концы их, обойдя мышечки плеча через лучевую и локтевую кость, сливаются на задней поверхности плеча и обеих костей предплечья. Спустя 4 недели начинают активные движения.

Б. Иванов.

Stotzer E. Дифференциальный диагноз между *arthritis deformans coxae* (*Pseudocoxitis*) и ишиасом (*resp. ложным ишиасом*) (Schweiz. med. Wschr. 12, 286, 1936). Ишиас начинается большей частью внезапно, тогда как коксит дает вялые боли без типичной иррадиации на заднюю поверхность конечности; часто боль иррадирует в коленный сустав; при коксите больная конечность нередко не может быть положена на здоровую, пассивные движения затруднены и болезненны. При ишиасе пассивные движения, за исключением Ласега, свободны. Ослабление рефлекса Ахиллова сухожилия и расстройства чувствительности характерны для ишиаса. При коксите имеет место атрофия мышц ягодичной области и бедра, а при ишиасе — мышц голени. При ишиасе лечение состоит в покое, а при *malum coxae* — в активных и пассивных движениях. Б. Иванов.

Brunner A. Современное положение хирургического лечения туберкулеза легких (Schweiz. med. Wschr. 10, 237, 1936). На первом месте в деле активного лечения легочного туберкулеза стоит искусственный пневмоторакс. Последний показан при всяком кавернозном процессе, причем одностороннее поражение не является больше необходимым предварительным условием в деле установки показаний. Искусственный пневмоторакс может накладываться и с обеих сторон, либо одновременно, либо последовательно, сначала на одной, а затем на другой. Наложение его должно производиться возможно раньше, причем в первый раз его никогда не следует делать в амбулаторных условиях; двусторонний пневмоторакс требует более длительного пребывания в стационаре. Если наложение пневмоторакса затрудняется наличием сращений, последние рассекаются электрическим ножом; однако, это возможно только при тонких сращениях, толщиной не больше карандаша. Если наложение пневмоторакса при наличии каверн невозможно из-за сращений, могут применяться: 1) искусственный паралич диафрагмы, 2) внеплевральная торакопластика и 3) парафиновая пломба. Создание паралича диафрагмы, как самостоятельная операция, производится лишь в исключительных случаях; она показана, главным образом, при поражении нижней доли и является методом выбора при кавернах в ней; при заболеваниях верхней доли от нее следует воздержаться. При неясных показаниях п. phrenicus только раздавливается с тем, чтобы впоследствии функция диафрагмы могла восстановиться. Пломбировка показана только при мелких кавернах; нередко после нее наблюдаются осложнения (прорыв в легкие, инфекция ложа пломбы), которые могут появиться даже спустя много лет. Поэтому она производится только в тех случаях, где частичная пластика противопоказана. При последней должно производиться по возможности полное сужение области верхушек. При больших кавернах резецируются обычно 6—7 ребер; этим лучше всего предотвращается опасность аспирации в нижние доли. Паравертебральная торакопластика по Зауэрбруху показана лишь при обширных односторонних кавернозных заболеваниях. Лучшие результаты дает частичная своевременная резекция, точно соответствующая величине пораженной области.

Б. Иванов.