

шало сон и общее самочувствие. Улучшение от лечения ингаляцией отмечалось через 3—4 сеанса. Хороший эффект длится после 10 сеансов около 1 месяца. Длительность хорошего эффекта индивидуальна. Безрезультатны были только 5 случаев.

Автор считает ингаляцию смесью CO_2 с O_2 *идеальным лекарством* для удаления густой слизистой мокроты из нижних дыхательных путей и объясняет это не только тем, что улучшенное кровообращение вновь наполненных воздухом пазух в ателектатическом участке помогает откашливанию, но, согласно Раки-типскому, Ослеру, Фишбергу, Бирю и др., и тем, что пассивная гиперемия мешает развитию тбк и является помощником в лечении этой болезни. Последний вывод опирается на следующие соображения Петерсена и Лезинсона: они утверждают, что сопротивляемость туберкулезу легких с пассивной гиперемией может быть приписана и высокому содержанию угольной кислоты; и это тем вероятнее, что по исследованиям Корпера, Гауса (Gauss) и Ренша (Rensch) 30% CO_2 мешает росту ВК, 15% — убивает их в пробирках, а жизнеспособные культуры ВК, помещенные в живые ткани, задерживаются в росте, когда CO_2 , вырабатываемая организмом, приближается к высокой концентрации.

Автор приводит следующие противопоказания, для применения ингаляции: 1) упорные кровохаркания; 2) поверхностные тонкостенные каверны; 3) эмфизема; 4) широко распространенный фиброз без ателектаза и без задержки мокроты; 5) острый пластический плеврит и экссудат; 6) высокое артериальное давление; 7) одышка, кашель нелегочного происхождения и 8) чрезвычайное общее истощение.

Выводы, к которым приходит автор, можно формулировать так: ингаляция 10% CO_2 с 90% O_2 является: 1) надежной и безопасной процедурой для тбк легких, 2) эффект лечения сводится к более легкому откашливанию, к уменьшению кашля и облегчению одышки, 3) это облегчение сопровождается длительным покоем легких, лучшим сном, улучшением общего состояния, повышением аппетита и облегчением болей в гортани, 4) ингаляция CO_2 не только избавляет от упорного кашля, но и уменьшает употребление наркотиков и откашливающих.

А. М. Лукивич.

в) Хирургия.

Kohlmaуег. *Злокачественные опухоли почек.* (Wien. Klin. Wochenschr. № 42, 1934).

Из 133 сл., поступивших в клинику с 1913—1933 гг. обследовано гистологически 100; в 85% случаев наблюдалась гематурия и в 23% падение веса. Эти симптомы и послужили к обнаружению опухоли. В 15% сл. больные сами заметили опухоли. Боли отмечены в 85%. При поступлении в клинику пальпацией доказано присутствие опухоли в 83%. Вследствие безнадежности лучшей терапии методом выбора является операция, но результаты плохие: из 89 оперированных (всфректором) 10% умерло вскоре после операции (первичная смертность). В первый год после операции умерло от рецидива или метастазов еще 44,7%. Больше 5 лет переживают операцию лишь 36,8%, а больше 10 лет—10%.

Т. Шарбе

Kosch. *К этиологии послеоперационных легочных осложнений.* (Zbl. f. chir. 1934, № 13).

Возбудитель находится в большинстве случаев в виде спор в криптах миндалин и в лунках десен. Насморк и последующий бронхит, вызванные простудой, активируют споры. Многие пожилые люди страдают длительными зимними катархами, которые так истощают их, что к концу зимы они умирают. Такую же роль в активировании инфекции, как простуда, может сыграть и операция. Поэтому в поздних зимних месяцах надо очень и очень считаться с опасностью послеоперационных легочных осложнений, и, уже не говоря о тщательном предварительном исследовании дыхательных путей, следует, если только возможно, отложить операцию на апрель—май.

Т. Шарбе.

Повреждение менисков как результат работы с инструментами сжатого воздуха. Dr Karl Regensbürger (Zentralbl. f. Chir. 1934, 47) приводит три истории болезни повреждений менисков у горнорабочих, работающих с инструментами сжатого воздуха.

И. Цимхес.

Лечение свищей мочеочника рентгеновским просвечиванием почки. Prof. H. Schloessman (Zentralbl. f. Chir. 1934, № 45) приводит 3 случая успешного лечения свищей мочеочников путем рентгеновского просвечивания почек.

Впервые этот метод лечения мочеточниковых свищей описал Klein в 1928 г. и поделился своими 4-мя случаями успешного лечения. В настоящее время в немецкой литературе насчитывается до 50 случаев подобного способа лечения свищей мочеточников. Особенно разрабатывают этот метод гинекологи, которым чаще приходится встречаться со свищами мочевых путей после Вертгеймовской операции. Лучший эффект от лечения рентгеновскими лучами наблюдается при протеночных послеоперационных свищах мочеточника. *И. Цимхес.*

О значении крапивницы при острых хирургических заболеваниях. Dr. Karl Güttig (Zentralbl. f. Chir., 1934, 45) описывает случай: 28-летняя женщина заболела впервые зудящим высыпанием на коже (urticaria). Вскоре после этого появились боли, концентрирующиеся в правой нижней половине живота. Рвота отсутствует. Объективно: бледная, худая пациентка, на многих участках кожи явления крапивницы в стадии увядания. Сердце и легкие без изменений. Лейкоцитоз—15.200, из них 63,5% нейтроф. Температура 36,6—37,2. Живот сильно напряжен; правая нижняя половина живота доскообразно напряжена и очень чувствительна. Со стороны половых органов—норма. Предположен диагноз: острый аппендицит с воспалительным процессом, перешедшим на париетальную брюшину. Во время операции обнаружено обильное количество прозрачной жидкости с желтоватым оттенком. За слепой кишкой забрюшинное пространство резко вздуто и представляется мягкой подушкой. Удален неизменный отросток. Брюшная полость зашита наглухо. Боли исчезли, и через 1½ года больная здорова. Автор полагает, что в брюшной полости был процесс идентичный кожной крапивнице. *И. Цимхес.*

К технике перевязки в глубине. Prof. F. Härtel (Zentralbl. f. chir., 1934, 44) для облегчения перевязок сосудов в глубине операционного поля сконструировал окончательный корнцанг, на периферии которого в особом желобке удерживается лигатура. При подведении этого инструмента к кровоостанавливающему зажиму лигатура не соскальзывает с корнцанга, и благодаря этому плотно удается завязать кровотокающий сосуд. *И. Цимхес.*

Простой шов для погружения культи червеобразного отростка. Dr. H. Birkard (Zentralbl. f. Chir., 1934, 44) предлагает при погружении культи червеобразного отростка накладывать кисетный шов, захватывая культи отростка анатомическим пинцетом под боковой частью лигатуры вправо или влево от узла. При затягивании узла, помощник погружает культи при помощи упомянутого пинцета. Затем этот пинцет удается извлечь без труда, и повторного ушивания не требуется. *И. Цимхес.*

К технике шва брюшной стенки. Dr W. Kettig (Zentralbl. f. Chir. 1934, № 44) предлагает при труднорастяжимой брюшной стенке вследствие плохого сна больного и сильного выпячивания петель кишок, вводить в рану резиновый палец с катетером на конце, через который возможно надуть резиновый палец по мере надобности, катетер зажать и избежать ранения кишок и захватывания салыника при сшивании брюшины. *И. Цимхес.*

г) Акушерство и гинекология.

Pinkert, *Матка с placenta praevia in toto increta* (Zbl. f. gyn. № 2, 1935, стр. 112). В случае автора плацента выросла всей поверхностью в нижний сегмент матки. Попытка ручного отделения повела к перфорации матки. Абдоминальная ампутация матки. Выздоровление. Автор подчеркивает редкость истинного вставания плаценты. В литературе собрано 55 сл., из них гистологически подтверждено 40 сл. Только в 7 сл. плацента выросла всей поверхностью, при этом разрыв матки наблюдался в 4-х; два раза при ручном отделении и два раза спонтанно. Причиной считают истощение эндометрия на почве первичной гипоплазии. Терапия должна быть оперативной и дает около 15,4% смертности, против 75% при консервативном лечении. *Т. Шарбе.*

Ottow, *Нормальная беременность и роды при полном прорастании печени раковыми метастазами.* (Zbl. f. gyn. № 2, 1935, стр. 108). У 36-летней, повторно беременной, в первые месяцы последней беременности происходит бурный рост раковой опухоли левой грудной железы. Последняя менструация 26 янв. 1934 г., 5 мая 34 г. радикальная операция. Беременность протекает нормально. Рецидива на месте операции нет. 20 ноября 6-ная поступает в больницу по по-