

ной железы, хотя отрицательный результат пробы и не исключает наверняка данного заболевания. Тяжелый приступ желчно-кишечной болезни протекает с поражением поджелудочной железы, которое иногда может быть настолько тяжелым, что ведет к острому некрозу ее. Обнаруженное в части случаев холецистопатий длительное, но незначительное повышение содержания диастазы в моче указывает на наличие воспалительных изменений поджелудочной железы, которые могут вести к серьезным осложнениям в этом органе. В противоположность некрозу поджелудочной железы количество диастазы при прободении язвы желудка и острой непроходимости кишечника увеличено лишь в умеренной степени.

Б. Иванов.

Lat m, H. *Послеоперационная подкожная эмфизема.* (Zbl. Chir. 1937. 7. 417—418). А. обращает внимание на неоднократно наблюдавшуюся им так называемую „безобидную“ форму послеоперационной подкожной эмфиземы, возникающую в результате распространения воздуха, попавшего при операции под кожу по подкожной клетчатке при поднимании краев раны во время наложения скобок. С целью профилактики этого осложнения рекомендуется, особенно у исхудавших больных, при наложении скобки только растягивать рану в продольном направлении узловыми крючками или пинцетами, отнюдь не приподнимая ее краев; это препятствует образованию под кожей карманов, в которые может попасть воздух. А. указывает, что во всех случаях послеоперационной подкожной эмфиземы, прежде чем раскрывать рану или даже делать разрез и впрыскивать сыворотку (при подозрении на газовую гангрену), следует подумать об этой „безобидной“ форме эмфиземы.

Б. Иванов.

Philipowicz, J. *Лечение паротита.* (Zbl. Chir. 1937. 25. 1471—1472). Наиболее частым возбудителем воспаления околоушной железы, развивающегося после операций, или заболеваний и повреждений органов брюшной полости и дающего иногда значительную смертность (по некоторым аа.—35%) является золотистый стафилококк. А. применяет для лечения паротита стафилококковую вакцину. Материал его составляют 19 сл., в которых указанное лечение дало хорошие результаты; после первой или второй инъекции лихорадка и припухлость исчезают, боли делаются меньше, и обычно в течение 8 дней болезнь заканчивается выздоровлением. Автор подчеркивает, что вакцина должна назначаться возможно раньше, при появлении первых симптомов заболевания.

Б. Иванов.

Junghanns, H. *Лечение ран мазью с иодистым серебром.* (Dtsch. med. Wschr. 1937. 25. 963). Клинические наблюдения и бактериологические исследования показали, что мазь с иодистым серебром обладает бактерицидными свойствами и ускоряет очистку гнойных ран с быстрым появлением хороших грануляций. Это действие особенно ясно выражено при применении 1,5% мази с иодистым серебром и рыбьим жиром; запах последнего в такой мази не столь резок, как в других мазях.

Б. Иванов.

Klein, S. A. *Значение антивируса в хирургии.* (Rev. Chir. 1937. 56. 237—283). Антивирус применяется в хирургии, во-первых, для лечения инфицированных ран и воспалительных процессов кожи и слизистых оболочек и, во-вторых, с целью профилактики и лечения воспалительных заболеваний брюшины и брюшной полости. А. применял смешанный антивирус, составленный из стафило-, стрепто- и энтерококков, кишечной палочки и *Bac. pyocyaneus*. Подкожное и внутрикожное введение морским свинкам стафилококкового и *coli*—антивируса оказывало иммунизирующее действие. Кролики с септическими повреждениями и ранами в результате лечения антивирусом выживали. У животных с искусственным перитонитом антивирус, будучи введен в полость брюшины, оказывал незначительное защитное действие, которое однако не было специфичным. На основании экспериментов на животных и своих клинических наблюдений а. рекомендует применение смешанного антивируса в количестве 50—100 см³ при операциях в брюшной полости и на слепой кишке, связанных с возможностью инфекции. Лечение антивирусом в форме компрессов и повязок показано при всех видах флегмон, абсцессов, язв, панарициев, фурункулов и при роже; терапевтическое действие антивируса лучше, чем действие обычных влажных повязок.

Б. Иванов.

Harák, F. *Техника операции при параартикулярном артродезе.* (Zbl. Chir. 1937. 5. 288—291). В 50 сл. операций артродеза тазобедренного сустава по поводу туберкулеза а. использовал для фиксации сустава крепкую пластинку из подвздошной кости. Пластика отворачивалась и вставлялась в расщеплен-

ный большой вертел. Пространство между суставом и пересаженным куском кости выполнялось спонгиозным веществом из подвздошной или межмышечковой части большеберцовой кости. У детей младшего возраста укрепление пластинки только в большом вертеле оказывается недостаточным; здесь производится расщепление еще и проксимальной части бедра до его диафиза и пластинка укрепляется ниже эпифизарного хряща. Из 50 оперированных больных у 46 был получен прочный костный анкилоз уже спустя 3 мес. после оперативного вмешательства; в 4 остальных случаях потребовалась повторная операция, также закончившаяся образованием анкилоза.

Б. Иванов.

Niklas. *Подготовка к местной анестезии* (Zbl. Chir. 1937, 23. 1555—1556). В качестве подготовительного мероприятия к местной анестезии а. рекомендует следующий простой и надежный способ, применимый у всех больных, за исключением детей меньше 14-летнего возраста, у которых методом выбора является авертиновый основной наркоз. Способ состоит во внутримышечном введении больного за $1\frac{1}{2}$ часа до операции и после предварительного назначения 0,02 пантопона, 8—10 см³ 10% раствора эвипана; последний довольно быстро вызывает глубокий сон. Спящий больной в кровати доставляется в предоперационную, где и производится местная анестезия; сон длится около часа, причем засыпание и пробуждение больного происходят без возбуждения. На 146 сл. а. ни разу не наблюдал никаких осложнений; отсутствия соответствующего действия отмечено только у единичных больных, но и здесь в результате дополнительного назначения пантопона был получен необходимый эффект.

Б. Иванов.

S v o b o d a, Н. *Борьба с головными болями после повреждений черепа*. (Zbl. Chir. 1937. 11. 624—626). Для борьбы с головными болями, возникающими после повреждения черепа, а. рекомендует профилактическое назначение уротропина независимо от характера и тяжести травмы; при проведении этого мероприятия а. только у 14 из 54 больных наблюдал симптомы повышения внутричерепного давления. При появлении головных болей назначается медленное (2—3 мин). внутривенное вливание 50 см³ 30% раствора виноградного сахара. Вливания повторяются 3 дня подряд, причем больной должен соблюдать строжайший покой; на голову назначается холод. Этот способ дал а. отличные результаты.

Б. Иванов.

Schmid, Н. Н. *Профилактика послеоперационного тромбоза и эмболии*. (Zbl. Chir. 1937. 6. 317—317). С целью профилактики послеоперационных тромбозов и эмболий а. рекомендует поднимать ножной конец кровати. Немедленно после операции под две ножки кровати ставятся деревянные подставки высотой в 25 см, таким образом, чтобы между кроватью и поверхностью пола образовался угол в 25°; это положение сохраняется в течение 4 дней. Применяя этот способ а. не наблюдал ни одного случая послеоперационного тромбоза и эмболии на 500 крупных гинекологических операций, не было также и осложнений со стороны органов кровообращения и дыхания. А. указывает, что предлагаемый им способ не оказывает действия там, где тромбоз имелся уже до операции.

Б. Иванов.

Rudofsky, F. *Видоизменение операции при hallux valgus*. (Zbl. Chir. 1937. 6. 361—362). А. рекомендует следующие видоизменение операции при hallux valgus: после обычной резекции головки 1-й плюсневой кости производится расщепление сухожилия длинного разгибателя большого пальца, начиная от середины основной фаланги до верхней трети первой метатарзальной кости; образованный лоскут, центральный конец которого остается в соединении с сухожилием, пришивается к надкостнице и суставной сумке на медиальной поверхности основной фаланги, что препятствует отведению пальца в латеральную сторону. Преимуществом этого способа в легких случаях и в случаях средней тяжести является неполное отделение сухожилия разгибателя от места его прикрепления и сохранение тем самым возможности разгибания пальца.

Б. Иванов.

Piké и Tison. *Алкоголь и рак пищевода*. (Acad. de med, fevr., 1937). Авторы полагают, что алкоголь имеет большое значение в этиологии рака пищевода. На 110 наблюдений рака пищевода в 102 случаях (93%) больные употребляли алкоголь в количестве не меньшем одного стакана в день.

В большинстве стран заболевания женщин раком пищевода значительно больше, чем во Франции. Авторы объясняют это тем, что женщины во Франции не употребляют алкоголя. На 110 случаев авторов всего было 9 женщин. У больных, употреблявших алкоголь, в 82 случаях из 102 рак был высоко