

чего она сменяется и гвоздь удаляется; в течение последующих 4—6 недель лечение проводится в гипсовом сапожке без вытяжения.

А., применяя описываемый способ в течение двух лет, получил хорошие анатомические и функциональные результаты. Б. Иванов.

Matolcsy, T. Хирургическое лечение костных кист. (Arch. Klin. Chir. 1936, 185, 1, 175—181).

Из 48 случаев серозных костных кист, оперированных в Будапештской хирургической клинике, в 45 случаях в полость кисты была произведена пересадка куска большеберцовой кости. Рентгеновский контроль за дальнейшей судьбой трансплантата показал, что перестройка его у лиц с незаконченным еще развитием костной системы происходит в течение 8—10 месяцев, т. е. значительно быстрее, чем у людей старше 24 лет, у которых на это необходимо 2—3 года. На этом основании а. рекомендует производить пересадку кости в полость костной кисты в молодом возрасте до окончания развития скелета, так как здесь можно рассчитывать на более быстрое и надежное выздоровление. Б. Иванов.

Gross W. u. Lucken B. Влияние хирургических вмешательств в области корня легких на кровообращение и дыхательный объем. (Arch. klin. Chir. 1936, 185, 2, 334—342).

Наблюдаемые при хирургических вмешательствах на легких в момент перевязки бронха тяжелые расстройства сердечной деятельности, падение кровяного давления, приступы кашля и удушья, resp. остановка дыхания, ведущие иногда к смерти больного, зависят от происходящего при перевязке бронха раздражения расположенных здесь нервных сплетений и рефлекторного и непосредственного действия на кровообращение и дыхание.

В результате исследований на животных, а. пришел к выводу, что при различных хирургических вмешательствах в области корня легких всегда наблюдаются изменения со стороны кровяного давления и дыхательного объема. Кровяное давление сильно падает, а дыхательный объем в результате сокращения мускулатуры бронхов уменьшается. Как то, так и другое зависит от раздражения нервных сплетений, resp. заложенных в стенке бронхов нервных окончаний. Борьба с указанными осложнениями заключается в блокаде соответствующих нервных стволов путем впрыскивания новокаина в область ворот легкого. Б. Иванов.

Antonucci C. Токсическое действие остатка желудка после резекции и отношение его к послеоперационному симптомокомплексу гиперазотемии и гипехлоруремии. (Policl. Sez. prat. 1936, 427).

А., на основании большого количества резекций желудка, считает, что жидкое содержимое остатка желудка, всасывающееся после его резекции в кишечник, является главной причиной более или менее тяжелого симптомокомплекса гиперазотемии и гипохлоремии после таких операций. Исследования показали, что фильтрат этого жидкого содержимого остатка желудка, будучи впрыснут 10 кроликам, оказался чрезвычайно ядовитым; один из кроликов погиб спустя одну минуту после впрыскивания 8 см³, второй — через 3 часа после введения 2 см³, а остальные спустя 1—48 часов после впрыскивания.

Азотемия была во всех случаях очень резко выражена; менее резко были изменения в отношении содержания хлора и сахара в крови. Анатомические изменения касались главным образом печени и почек; в последних наблюдалась резкая гиперемия и мутное набухание почечных канальцев; в легких и головном мозгу также отмечена резкая гиперемия. Большое значение

имеет систематическое лечение таких больных аспирацией желудочного содержимого в день операции и в последующие дни. А. совершенно отказался от введения гипертонических растворов NaCl, которые он считает не только совершенно бесполезными, но даже вредными и с успехом применяет вместо них упомянутую выше аспирацию желудочного содержимого. *Б. Иванов.*

Rohl H. 1000 случаев спинномозговой анестезии перкаином. (Chirurg. 1936, 9. 362—364).

В результате проведения в течение последних двух лет 1000 случаев спинномозговой анестезии раствором перкаина 1:1500, а. приходит к выводу, что этот вид анестезии дает хорошее, длительное обезболивание при полном расслаблении брюшных стенок и является идеальным при вмешательствах ниже пупка и в большинстве урологических операций; здесь достаточно введения 11—12 см³ раствора. При операциях в верхней половине живота, где для получения хорошего обезболивания необходимо 13—14 см³, этот вид анестезии не безопасен; поэтому а. в этих случаях рекомендует пользоваться меньшими количествами раствора, добавляя в случае необходимости местную анестезию или общий наркоз.

Спинномозговая анестезия перкаином противопоказана при заболевании сердечно-сосудистой и центральной нервной системы, а также при желтухе, тяжелых интоксикациях, анемиях и тяжелом перитоните. *Б. Иванов.*

Wiessmann A. Цибальгин для подготовки к спинномозговой анестезии. (Zbl. Gyn 1933, 15. 881—883)

Исходя из сообщения Прейссекара об отказе Венской гинекологической клиники от применения для подготовки к спинномозговой анестезии опасных и дающих нежелательные осложнения морфия и скополамина и об успешной замене их цибальгином, а. испробовал этот способ при 400 операциях с хорошим результатом. Первое внутримышечное впрыскивание 1,0 цибальгина вместе с 1,0 смипатоля делается за 1½—2 часа до операции; за ½ часа до начала последней вводится еще 1,0 цибальгина. Крепким и особенно чувствительным женщинам назначают сначала 2,0, а затем незадолго до операции еще 1,0 цибальгина. Никаких осложнений при этом способе а. не наблюдал.

У пожилых и ослабленных женщин, которые безусловно должны быть оперированы по роду своего заболевания, достаточно однократного введения 0,75 см³ цибальгина за ½ часа до спинномозговой анестезии. *Б. Иванов.*

Nille W. Ректидон в ортопедии. (Med. Klin. 1936, 35, 1188).

На основании результатов собственных наблюдений за последние два года, а. приходит к выводу, что при небольших кратковременных вмешательствах у детей ректидон, при правильной его дозировке, дает хороший, глубокий сон; применение средства просто и совершенно безопасно. При более крупных операциях можно, кроме ректидона, воспользоваться и общим наркозом; при этом период возбуждения совершенно отсутствует.

А. ни разу не наблюдал каких-либо осложнений или последовательных заболеваний; дети просыпаются в среднем через 1—2 часа; сколько-нибудь резких последующих болей большей частью не отмечается. *Б. Иванов.*

Bunne. Лечение послеоперационного паралича кишок (Pneus paralyticus) (Zbl. f. Chir. № 19, 1936).

Наилучшим лечебным средством при послеоперационном параличе кишок оказалась высокая люмбальная анестезия, но при условии, если действительно имеется паралитический илеус и если с момента операции прошло