

пендицита не было. Точка Ма с-Вигнеу болезненна. Appendectomy 10 XI 1935 г. Отросток находился позади слепой кишки без видимых изменений. После операции крапивница сразу же резко ослабла, а затем совершенно исчезла.

В. П. Горбатов.

Miani. Швы на перерезанный поперек пищевод (Journ. de Chirurg. Vol. 48, 1936 г.).

Автор приводит случай, где мужчина, 47 лет, с целью самоубийства перерезал себе бритвой горло, причем были перерезаны обе грудино-ключично-сосковые мышцы, трахея и пищевод. Сосудисто-нервные пучки не были затронуты.

Вмешательство было следующее: после введения трахеотомической трубки в нижний отрезок трахеи было остановлено кровотечение и аспирирована кровь и слизь, заполнявшие бронхи. Затем приступлено к сшиванию пищевода. Верхний отрезок легко обнаружен, нижний подтягивается и в каждый конец вводится часть пуговицы Мерфи, вокруг каждой части стягивается только слизистая пищевода (простой ниткой). Затем сшивается мышечная оболочка, сшивается трахея. Пуговица Мерфи не сдавливает трахею. Рана послойно сшивается, оставляя только иодоформенную турунду к пищеводу. Канюля держалась 10 дней, выделилась на 15-й день. Заживление хорошее. Больной нормально питается и совершенно здоров, несмотря на осложненную гнойным плевритом бронхопневмонию. Экспериментируя на собаках, автор приходит к заключению, что описанный выше способ, принадлежащий Больдони, дает прекрасные результаты.

Е. Ауслендер.

Tinker. Резекция доли печени (Annals of Surg. Vol. 102, № 4, 1936).

Автор приводит случай, где женщина, 65 лет, жаловавшаяся в течение 30 лет на боли в правой повздошной области, была доставлена в больницу с резкими болями в правой половине живота, давшими основание предполагать острый аппендицит.

На операции было обнаружено кровотечение, исходившее из опухоли правой доли печени. Вся доля была резецирована посредством электрического ножа. Опухоль оказалась гемангиомой печени. Больная выздоровела. Автор приводит обзор всех работ о резекции печени. Регенерация печени была доказана и экспериментально и клинически. Анатомия кровеносных сосудов допускает широкие резекции, как это показывает и клиника и эксперимент. В данном случае для резекции пользовались электрическим ножом, а также была перелита кровь, излившаяся в брюшную полость, что увеличило, конечно, шансы на выздоровление.

Е. Ауслендер.

Wittman. Лечение хронических свищей медным купоросом (Arch. orthop. Chir. 1936, 37, 2, 2 6-259).

Для лечения хронических туберкулезных свищей и свищей на почве хронического остеомиелита а. рекомендует промывание их 2—5—10% раствором медного купороса. Промывание делается один раз в неделю шприцем с коническим наконечником, который, с целью более длительного действия раствора на стенки свищевого хода, удаляется не сразу, а оставляется на некоторое время в отверстии свища. После промывания наблюдают кратковременное повышение температуры и довольно сильные жгучие боли, почему у очень чувствительных больных рекомендуется предварительное введение в свищевой ход 5 см³ 2% раствора новокаина. Применение способа показано в случаях закончившегося или заканчивающегося костного процесса с продолжающимся выделением из свища, а также там, где через

свищ можно воздействовать на болезненный фокус. Способ требует осторожности при тяжелых паренхиматозных заболеваниях печени и почек и при недостаточности органов кровообращения; применение его допустимо поэтому только после всестороннего обследования больного и получения точного представления о размерах и положении свищевого хода путем исследования его после наполнения контрастной массой.

Б. Иванов.

Ebhardt u. Gebauer. Лечение переломов бедра у детей (Arch. klin. Chir. 1926, 187, 3, 652—660).

На основании своих 94 сл. переломов бедра у детей, аа. приходят к выводу, что при переломах у детей до 3 лет хорошие функциональные результаты дает вытяжение по Шеде, а у более старших—обычное липкопластырное вытяжение. Не всегда получающееся при этом анатомически идеальное сращение впоследствии выравнивается при этом анатомически оперативного лечения переломов бедра у детей, то аа. указывают, что показания к нему имеются крайне редко, при недействительности других методов лечения; к нему никогда не прибегают у детей моложе 10 лет; остеосинтез у более старших детей при гладких переломах со смещением часто дает очень хорошие результаты. Проволочное вытяжение у детей связано с опасностью инфекции и нарушениями роста.

Б. Иванов.

Van-Beuren. Острый илеус (Annals of Surgery, Vol. 102, № 4, 1926 г.)

Тот факт, что во время кишечной непроходимости в закупоренной кишке развиваются токсические вещества, давно общепризнан. Токсичность стоит в связи с длительностью обтурации. Чтобы проверить это положение автор произвел экспериментальную работу на собаках. Автор получил следующие результаты: 1) В незакупоренной кишке существуют те же токсические вещества, что и в закупоренной части кишечника. 2) Степень токсичности во всем кишечнике одинакова. 3) Ядовитые вещества существуют в кишечнике еще до наступления непроходимости, но нормально они попадают в просвет кишки. Нормальная слизистая оболочка кишок не пропускает тех токсинов, которые всасываются большой слизистой.

Е. Ауслендер.

Santy et Hubert. Эвипановый наркоз (Lyon Chirurgic. 1936, № 6)

Авторы с успехом применяли 10% раствор эвипана внутривенно в 111 случаях и рекомендуют: 1) перед эвипановым наркозом исследовать почки, печень; 2) за $\frac{3}{4}$ —1 ч. до операции впрыскивать 1 см³ морфия; 3) впрыскивание первых 2 см³ раствора эвипана производить весьма медленно; 4) у пожилых и ослабленных субъектов доза эвипана должна быть уменьшена.

В. П. Горбатов.

Starz. Лечение фосфорных ожогов (Münch. m. W. V. 83. 10/I 1936).

Автор описывает историю болезни одного пациента, который получил сильные ожоги рук после того, как у него в руках разбилась склянка с фосфором, растворенным в сернистом углероде. В настоящее время фосфор широко применяется в военном деле—им начиняются зажигательные бомбы, поэтому способ залечивания причиняемых им ожогов заслуживает большого внимания. Ожоги, причиняемые фосфором, влекут за собой двоякого рода деструктивные процессы: во-первых, те, что причиняет пламя, во-вторых, те, что являются результатом коррозионного действия освобождающейся кислоты. При фосфорных ожогах поврежденную часть тела нужно как можно скорее опустить в 5% раствор двууглекислой соды, нагретой