

чан, леченные торакоцентезом с введением в плевральную полость между ребрами резиновой трубки или металлической канюли, с помощью которых удалялся гной; 3) случаи, с первичной резекцией ребра, сделанной тотчас по установлении диагноза; 4) случаи, с вторичной резекцией, леченные до этого пункцией или торакоцентезом. В последнюю группу включены только те больные, которые перед резекцией пунктировались по крайней мере 4 раза.

Пункцией лечилось 53 больных, из которых выздоровело 37,8%, умерло 17,9% и 43,3% оперированы впоследствии. Тотальные эмпиемы, несмотря на длительное пунктирование, обычно этим способом не излечивались. Торакоцентезом лечились 48 больных, из которых выздоровело 68,7%, умерло 16,7% и в 14,6% пришлось произвести вторичную резекцию ребра. Случаев с первичной резекцией 145, из них выздоровлений 61,4%, смертей 33,8%; стали хроническими 4,8%. Случаев с вторичной резекцией—45, из них выздоровлений 80%, умерло 17,8%, стали хроническими 2,2%. Лучшие результаты при повторной резекции дают больные, у которых предварительно в течение недели делалось 5—7 пункций. В случаях, в которых лечение пункциями продолжалось более длительный срок, прогноз был хуже.

Автор приходит к выводу, что ограниченные эмпиемы должны лечиться пункцией. Если после 5 пункций гной не уменьшается в количестве, нужно перейти к вторичной резекции. Если состояние больного не позволяет продолжительного лечения пункцией, или если гной очень густой и не отсасывается шприцем, то применяется торакоцентез. При распространенных эмпиемах вначале всегда применяется лечение пункцией, после чего делается резекция. Особенно важно для прогноза правильно выбрать момент операции. Наряду с хирургическим лечением должно проводиться общее лечение под наблюдением педиатра.

*В. Майт.*

Cedermark, J. *Инфаркты яичка* (Acta chir. Scand. Tom LXXVIII. Вып. V—VI. 1933, стр. 447—491). Инфаркты яичка происходят чаще от скручивания семенного канатика, хотя могут быть и другие причины. На основании изучения анатомических данных, результатов эксперимента и последствий оперативного вмешательства на сосудах семенного канатика, полученных разными исследователями, автор приходит к выводу, что art. spermatica int. является конечной артерией. Нарушение кровообращения в этой артерии обычно не вызывает атрофии яичка, но иногда может привести к его некрозу вследствие ишемического инфаркта. Прекращение кровообращения в венах plex. pampiniformis, особенно в нижней его части, вызывает в яичке застойные явления и может повести к геморрагическому инфаркту. Прекращение кровообращения одновременно в артериях и венах может повести, хотя и не всегда, к ишемическому или геморрагическому инфаркту с последующим некрозом. При скручивании семенного канатика наступает, как правило, инфаркт вследствие застоя, что указывает на прекращение венозного кровообращения. Из других причин инфаркта яичка автор упоминает тромбоз art. spermatica int или plex. pampiniformis. Лечение по возможности консервативное.

*В. Майт.*

Kaare K. Hugaard. *О спинномозговой анестезии*. (Acta chirurg. Scand. Vol. LXXVIII, вып. V—VI, стр. 379—446). Автор разбирает свой материал по спинномозговой анестезии, проведенной им в 1198 случаях. Автор пользовался 3—4—6,9% прокаином, 1 куб. см которого вводился в течение 8—10 секунд. Спинномозговая анестезия удалась в 94,8% случаев. Тошнота и рвота отмечены в 33,3% случаев. Расстройства сердечнососудистой системы, исключая шок, наблюдались в 11,5% случаев. Расстройства со стороны органов дыхания отмечены в 2,9% случаев. Шок во время анестезии наблюдался в 0,85% случаев, все больные поправились, за исключением одного, умершего на операционном столе. Указанные осложнения наблюдались чаще при операциях в верхних отделах живота. Автор объясняет возникновение шока в некоторых случаях самой анестезией, в других случаях имело значение неправильное положение больного, например, применение подставок при операциях на желчном пузыре или почке, изменение положения операционного стола, крайние степени положения Тренделенбурга, обнажение внутренностей на продолжительное время.

В общем, тошнота, рвота, головные боли, боли в спине, задержка мочи:

легочные и нервные симптомы отмечены в 1172 случаях анестезии. Автор сравнил наблюдавшиеся осложнения с таковыми у больных, оперированных под эфирным наркозом (602 случая). Тошнота и боли в спине в обеих группах отмечались одинаково часто — в 7,9% тошнота при спинномозговой анестезии и в 7% при эфирном наркозе, соответствующие цифры для болей в спине, 6,9% при спинномозговой анестезии и 7,8% при эфирном наркозе. Легочные осложнения и задержка мочи отмечались чаще при эфирном наркозе — задержка мочи в 12,1% против 9,3% при спинномозговой анестезии, легочные осложнения в 4,7% против 2,9% при спинномозговой анестезии. Послеоперационная рвота чаще и тяжелее наблюдалась при эфирном наркозе (51,8%). Послеоперационные головные боли чаще наблюдались при спинномозговой анестезии (22,4%), чем при эфирном наркозе (13%). За исключением легочных осложнений, прочие послеоперационные осложнения чаще наблюдались у женщин, чем у мужчин как при эфирном наркозе, так и при спинномозговой анестезии. Кроме того, при спинномозговой анестезии наблюдались невриты обеих нижних конечностей, комбинированный левосторонний паралич отводящего нерва и частичный паралич правого лицевого, полный паралич правого лицевого и прогрессирующий менингит. Реже всего осложнения наблюдались, независимо от вида обезболивания, при операциях на мочевом пузыре и предстательной железе, в противоположность операциям на желчных путях. Сравнивая сумму послеоперационных осложнений в обеих группах, автор указывает, что число осложнений после спинномозговой анестезии меньше, чем после эфирного наркоза.

*В. Мият.*

Edgar Schnöht. *Лечение диабета.* (Acta chir. Scand. v. LXXVIII, вып. V—VI, стр. 513—544). У диабетиков, имеющих различные осложнения — абсцессы, артериосклеротическую или влажную гангрену и т. д., протаминовый инсулинат действует более равномерно и продолжительно, чем обычный инсулин. При назначении обычного инсулина утром и протаминового инсулината вечером снижаются очень высокие числа сахара крови натощак, без резких колебаний сахара крови в течение дня. Во время лечения протаминовым инсулинатом гипогликемические приступы исчезают или становятся меньше, выведение сахара падает и склонность к ацидозу резко уменьшается. Протаминовый инсулинат повышает физическую работоспособность и хорошее настроение. Наряду с хорошим действием на диабет, лечение протаминовым инсулинатом даст особенно хорошее течение при хирургических осложнениях диабета. Автор считает особенно показанным применение протаминового инсулината при хирургических диабетических осложнениях в случаях с колебаниями сахара крови.

*В. Мият.*