

леванием другой стороны. В подобных случаях двусторонний пнеймоторакс, уничтожая интоксикацию, дает возможность организму мобилизовать иммуно-биологические силы для борьбы с инфекцией. Для затихания процесса иногда достаточно бывает небольшого числа вдваний. Одновременное вдвание в обе стороны имеет преимущество перед поочередным. Пнеймоплеврит при двустороннем пнеймотораксе встречается столь же часто, как и при одностороннем, и не представляет непосредственной опасности для больного. Раннее вмешательство в указанной форме имеет все преимущества перед длительным выжиданием, в особенности при прогрессирующем двустороннем процессе.

Ойфебах.

464. *Санокризин при tbc.* Scholz (D. m. Woch., 1927, № 19) у 57 больных с tbc III ст. применял санокризин в дозах от 0,01 до 1,0 через 4—5 дней, в зависимости от реакции. При этом в 11 случаях получилось значительное улучшение, в 24—улучшение, 11 больных остались без перемен, и у 12 наблюдалось ухудшение (в 3—4 сл.—в непосредственной зависимости от применения санокризина). В заключение автор указывает, что применение препарата в свежих случаях tbc с резко выраженными явлениями интоксикации ускоряет наступление излечения и закрепляет результат общего лечения, противопоказан же санокризин у больных с изменениями со стороны кишечника и почек, где он дает побочные явления. Лечебный эффект санокризина S. сводит к неспецифической «Reiztherapie».

М. Ойфебах.

465. *К вопросу об олеотораксе.* Годлевский (Вопр. Туб., 1927, № 9), разобрав литературу вопроса о применении олеоторакса (вливание масла в плевральную полость), приводит 3 собственных случая, где было влито ol. olivatum для закрытия плевро-пульмональных перфораций с удовлетворительным результатом. Введение до 1200 куб. см. масла в один прием переносилось больными без осложнений. Метод этот, по автору, дает возможность в некоторых случаях избежать применения тяжелого хирургического вмешательства (торакопластики и плевротомии).

М. Ойфебах.

466. *Применение аутопневмоторакса при tbc.* Навганек (Zentr. f. Chir., 1927, № 27) на основании как экспериментальных исследований, так и клинических наблюдений предостерегает от применения при бугорчатке этого способа лечения, в свое время предложенного Макай: он убедился, что этот способ вызывает реинфекцию бугорчатки и выводит из равновесия ослабленный организм.

И. И. Цимхес.

467. *Эффект туберкулина.* Трахтман (Вопр. Туб., 1927, № 10) провел у 243 больных 299 наблюдений (598 реакций) над сравнительным действием Алт-туберкулина Кос'а и туберкулина В. С. Г., причем наблюдения эти привели его к следующим заключениям: 1) Действие обоих туберкулинов на кожу tbc больных в общем одинаково. 2) Чем сильнее концентрация туберкулинов, тем % совпадения реакций выше, доходя до 93—100% при концентрации $\frac{1}{1000}$. 3) При учете результатов по признаку образования папулы % положительных реакций выше, чем по признаку гиперемии. 4) Отставание положительных результатов с туберкулином В. С. Г. автор объясняет или различным происхождением культур, или более низким содержанием азота в штамме В. С. Г. (3,21% против 3,37%).

М. Ойфебах.

г) Хирургия.

468. *К вопросу о раке грудной железы.* По данным проф. Я. В. Зильберберга (Вест. Хир. и Погр. Обл., кн. 30), болезнь эта уносит у нас огромное количество жертв. Единственно верным и испытанным средством для борьбы с нею является операция, которая и должна быть применяема не только в ясных, но и в подозрительных случаях (труднее всего отличить рак грудной железы от фиброматоза последней и кистозного ее перерождения). За 21½ г. автор имел 368 случаев этой болезни, в большинстве случаев запущенных; несмотря на то, послеоперационная смертность,—автор оперировал исключительно по Косхегу,—оказалась очень небольшая: погибли от операции всего 5 больных.

Р.

469. *О значении ненормальных истечений из соска.* По А. И. Кожевникову (Нов. Хир., 1927, № 7) ненормальные истечения из сосков (не зависящие от физиологических состояний грудных желез) указывают на наличие или злокачественных опухолей, или доброкачественных процессов, но могущих дать

злокачественное превращение. В частности переход серозных истечений в кровянистые нередко является признаком рака. Поэтому в громадном большинстве случаев наличие ненормальных истечений показывает оперативное вмешательство. Лишь при диффузном доброкачественном поражении грудных желез (болезнь Reclus) у молодых женщин можно, ничего не предпринимая, ограничиться наблюдением за больными.

Р.

470. *Опухоли брыжжейки поперечно-ободочной кишки.* М. А. Подгорбунский (Нов. Хирургия, 1927, № 6) на основании трех случаев подобных опухолей считает характерными для них: 1) высокое положение опухоли в брюшной полости, 2) легкую смещаемость ее вверх, 3) респираторную подвижность и 4) связь с поперечно-ободочной кишкой. Для распознавания таких опухолей рекомендуется прибегать к раздвиганию желудка, раздвиганию кишок по Runeberg's и рентгенографии с обведением опухоли со стороны кожных покровов металлическим кольцом и одновременным введением в лоханку мочеточникового катетера, снабженного металлическим проводником.

И. Цимхес.

471. *Бактериальная флора рук хирурга и операционного поля во время асептических операций.* Л. Я. Шостаков (Нов. Хирургия, 1927, № 6), при исследовании посевов с рук и операционного поля в различные моменты подготовки к операции и при производстве последней, наблюдал, что данные посевов с операционного поля тождественны с данными с рук после операции. Операции никогда не производятся ни вполне стерильными руками, ни при вполне стерильном операционном поле. Добиться первичного заживления, по мнению автора, можно не разработкой новых методов очищения рук, а изучением вопроса об иммунизации организма к гнойной инфекции.

И. Цимхес.

472. *О некоторых упущениях в асептике при хирургической работе.* А. С. Рабинович и Д. Б. Коган (Нов. Хирургия, 1926, № 6) провели ряд исследований воздуха в операционной, перевязочной и палатах, а также проверили стерильность рук хирургического персонала, перевязочного материала, инструментов и стерильных растворов. На основании полученных данных авторы считают желательную строгую изоляцию гнойных больных. Необходимо также иметь в хирургических больницах специальные помещения для выздоравливающих и посетителей. Хирургические палаты нуждаются в капитальной уборке каждые 2—3 месяца, а для операционной и перевязочной этот срок должен быть еще короче. Все перевязки должны производиться исключительно в перчатках, и только при соблюдении этого условия врач имеет право оперировать чистые случаи, не надевая перчаток. Хранения початого физиологического раствора и перевязочного материала в течение нескольких дней не должно иметь места в хирургических учреждениях. Количество людей в перевязочной должно соответствовать помещению.

И. Цимхес.

473. *К технике операции зоба.* Welti (Presse méd., 1927, № 2) рекомендует за 2—3 месяца до удаления экзоталмического зоба производить у больных предварительную перевязку верхних артерий щитовидной железы (aa. thyroideae superiores), причем и эта перевязка должна быть произведена в 2 приема, с промежутком в несколько дней. Цель этого приема—ослабить послеоперационную реакцию. Особенно показана предварительная перевязка при диффузных паренхиматозных и сосудистых зобах у молодых субъектов с сильно выраженными явлениями гипертиреоза. Применяя этот прием, автор получил снижение смертности от операции зоба ниже 10%.

Р.

474. *Закрывание свищей околоушной железы.* Проф. П. Г. Лукомский (Журн. Совр. Хир., 1927, вып. 2) успешно применяет для этой цели видоизмененный способ Kausch'a: игла с толстой шелковой нитью вводится через наружное отверстие в свищевой ход через толщу щеки в полость рта, затем наружный конец нити надевается на другую иглу, также большую и некрутую, последняя вводится в свищ сейчас же под кожей, проникает в стенку свищевых хода и проводится под кожей к углу рта, где выводится в полость рта. Таким образом оба конца нити выводятся на слизистую щеки,—один ближе к отверстию стенозного протока, другой ближе к углу рта, после чего концы эти завязываются. Ежедневно следует потягивать за эти концы и таким образом как-бы булжировать новообразованный ход. Нить следует оставить на срок не менее 4—5 недель.

И. Цимхес.