

в кости, но в легких нашел увеличение hilus'a с некоторой кальцификацией лимфатических узлов. Лейкоцитоз 8 300. RW резко положительная. Антилюетическое лечение не оказало влияния на болезненный очаг.

Опухоль и прилегающая часть мышц были удалены. При разрезе опухоли обнаружена полость, наполненная казеозным гноем и хорошо инкапсулированная фиброзной тканью. Биологическая проба указала на туберкулезный процесс. Гистологическое исследование обнаружило структурный распад границ на зоне воспаления соединительной ткани и инфильтрат клеток. Соединительная ткань образована фиброзной тканью и отделена болезненным процессом от мышечных фибрилл. В этой зоне обнаружены гигантские клетки. Мышечные фибриллы близ фокуса были заметно изменены: частью атрофированы, частью разрушены. Вдали от воспалительного процесса мышечные фибриллы были нормальны. Через 10 месяцев бедро было здорово. В подобных случаях показано хирургическое лечение.

В. П. Горбатов.

Crossan. Консервативное лечение острых гематогенных остеомиелитов (Surg. Gyn. a. Obst. 1936, окт. № 4). Из 117 случаев острого гематогенного остеомиелита гной был найден 12 раз в кости, а в костном мозгу и в субпериостальном пространстве 24 раза. В 39 случаях костный мозг подвергался исследованию и был свободен от гноя. В остальных 42 случаях кость не вскрывалась. Из 117 случаев гной под периостом был в 105.

В 4 случаях, при которых операция была произведена в первые 48 часов после начала симптомов острого остеомиелита, гной был найден в субпериостальном пространстве, а не в костном мозгу. В двух случаях смерть наступила при ранней операции.

Автор обращает особое внимание на тот факт, что сопротивляемость организма уменьшается от боли, бессонницы, дегидратации и грубой, небрежной транспортировки больного в госпиталь, шока инфекционного и шока от операции. Ранняя операция угрожает диссеминацией инфекции, что может привести к ложному диагнозу.

Автор советует следующее: 1) операция откладывается до тех пор, пока состояние больного улучшится под влиянием покоя, трансфузий и вливаний; 2) не оперировать до тех пор, пока не разовьется местное сопротивление ткани; самым лучшим временем для операции является вторая неделя болезни; 3) при первом вмешательстве следует ограничиться разрезом, а не делать декомпрессию.

В. П. Горбатов

Voelcker. Новый способ лечения гидроаденитов подмышечной впадины. (Bruns. Beitr. 1936, 163, 3, 435—436). А. рекомендует лечение гидроаденитов подмышечной впадины на абдукционной шине с укладыванием на нее руки, отведенной под прямым углом от другой клетки; при наличии абсцессов, последние вскрывают небольшими разрезами, причем перевязка на рану не накладывается. Осмотр больного производится ежедневно, образовавшиеся корки снимаются пинцетом, после чего кожа подмышечной впадины смазывается мазью или припудривается. При этом способе кожного сокращения продолжительность лечения и уменьшается возможность рецидивов заболевания. Иногда под влиянием действия воздуха наблюдается полное обратное развитие воспалительного инфильтрата и необходимость в разрезе отпадает.

Б. Иванов.

Kurtz, Benett и Schapiro. Электрокардиограмма при хирургическом обезболивании. (J. Amer. Med. Assoc. 1936, 106, 6). Аа. изучали электрокардиограммы 109 больных во время 113 хирургических операций с различными способами обезбоживания. В качестве анестезирующих средств применялись: циклопропан, эфир, прокаин, этилен, веселящий газ, хлороформ, vinylalther и трибром-этанол. Электрокардиографическое исследование производилось перед операцией, после пробуждения и через 10 часов после вмешательства. Наиболее важными отклонениями от нормы были: синусовая аритмия, экстрасистолы и низкие кривые. Резкое нарушение сердечной деятельности отмечено в 4 сл; в 2 сл. развился полный сердечный блок. Аритмии наблюдались чаще при больном, чем при здоровом сердце, и притом реже всего при употреблении прокаина и чаще всего при хлороформном наркозе. Полное отсутствие каких-либо расстройств со стороны сердца в результате обезбоживания наблюдалось только в 21% сл. Связи между глубиной наркоза или характером вмешательства и появлением аритмии аа. не отмечают. Кривые в большинстве случаев были временно изменены, как в отношении амплитуды комплекса QRS,

T—волны, так и в отношении ST—сегмента и интервала PR. У многих больных электрокардиограммы, произведенные через 10 час. после операции, еще отличались от результатов исследования до вмешательства. **Б. Иванов**

Rapp и Terpenberg. Аппендицит с инфильтратом (Zbl. Chir. 1936, 37, 2184—2187). Операция в случаях аппендицита с инфильтратом технически трудна и сопряжена с опасностью побочных повреждений, общей инфекции, последующего некроза сальника и образования калового свища и сращений. Лечение должно быть здесь строго консервативным: больной укладывается в постель в положении по Fowle'у до полного затихания всех явлений местного перитонита. Идеальным успокаивающим боли средством является пузырь со льдом, при условии отсутствия давления и распределения его на достаточно большой поверхности. Чтобы избежать обморожений кожи живота, последняя предварительно смазывается вазелином и между пузырем и брюшной стенкой кладется сложенное в 4 раза полотенце; по мере привыкания больного полотенце может складываться в 3 или 2 раза и, наконец, укладывается в один слой. Перед закрыванием наполненного пузыря, из него удаляется вода и воздух; пузырь применяется до полной ликвидации острых воспалительных явлений; в дальнейшем, при полном отсутствии лихорадки, показано применение тепла. В первые дни заболевания больному совершенно запрещают пить и есть, вводя необходимое количество жидкости в виде соленого раствора; в дальнейшем—осторожная жидкая диета (подслащенный чай, чай с молоком, чистое молоко, супы), затем жидкая кашцеобразная и, наконец, молочно-животная пища. Для устранения гипохлоремии, имеющейся при всяком воспалительном процессе в брюшной полости назначают подкожные впрыскивания 1000—2000 см³ физиологического раствора, который затем вводится в виде капельных клизм или заменяется внутривенным вливанием 10% раствора NaCl. Главным фактором консервативного лечения аппендицита с инфильтратом является вакцинотерапия; обычно производится 10—15 впрыскиваний при небольших и спустя 6—8 недель еще такое же количество впрыскиваний—при более крупных и старых инфильтратах. Кроме того а. назначает больным 2—3 стол. ложки в день Ol. Paraffini, имеющего значение „внутренней“ маевой повязки; масло распределяется по слизистой оболочке кишечника и, действуя чисто механически, регулирует стул. При таком лечении почти всегда спустя 3—6 мес. при операции находят свободный отросток; а. считает, что консервативный способ лечения случаев аппендицита с инфильтратами дает возможность избежать опасности, связанные с оперативным вмешательством. **Б. Иванов.**

Hilgenfeldt. Пиелография при вдохе и выдохе (Deutsche Ztschr. f. Chir. 247. H. 7/8, 1936. S 411—460). Автор производил пиелографию при сильном вдохе и выдохе в лежачем положении больного на одной или двух пластинках. Таким путем автор изучал смещаемость почки при различных заболеваниях. Дыхательная пиелография помогает: 1) в диагностике камней почечной лоханки и мочеточников, особенно при дифференцировании их с теньями другого происхождения (флеболиты, обызвестленные лимфатические железы и пр.), 2) в определении местоположения инородных тел, 3) при дифференцировании воспалительных заболеваний почки (паранефриты, карбункул почки, пиелонефрит и т. д.), 4) при воспалительных процессах соседних органов (панкреатит, аппендицит и пр.).

Автор считает, что в затруднительных случаях дыхательная пиелография позволяет поставить или исключить диагноз почечного заболевания.

В. Маят.

Raas. Перфорации желудка и 12-перстной кишки после кормления контрастной массой при рентгеноскопии и их последствия. (Deutsche Ztschr. f. Chir. Bd 247. H. 7/8. 1936). На основе изучения современной литературы и собственных случаев автор разбирает частоту, клиническое значение и генез перфораций язв желудка и 12-перстной кишки после кормления контрастной массой при рентгеноскопии. Для большинства случаев автор считает причиной перфорации не прямое действие контрастной массы, а косвенное. Кормление контрастной массой больных, привыкших к диете, дает слишком большую нагрузку желудку—моторная функция повышается, кратер язвы, имеющий менее стойкую стенку, натягивается при движениях круговой и продольной мускулатуры, причем стенка может надорваться. Внешние моменты (пальпация и пр.) играют в генезе перфорации при рентгеноскопии второстепенную роль.