

5 часов в 3 приема от 3-х доноров б-ной ввели 1 литр крови. Через 3½ недели— полное выздоровление.

*И. Цимхес.*

28) *Хронически-воспалительные опухоли толстых кишек (так наз. дивертикулит).* Dr. A. Wunderlich (Zentralblatt f. Chir. 1931. № 4), — указывает на частоту образования дивертикулов, а соответственно этому и на частоту дивертикулита кишечного канала, особенно в области толстых кишек. Тщательная диагностика, особенно рентгенодиагностика, освещает картину дивертикулита и тем самым способствует более точному обозначению таких заболеваний, которые обычно идут под общим названием колитов и периколитов. Автором приводятся 2 типичные истории болезни.

*И. Цимхес.*

29) *О лечении переломов головки большеберцовой кости.* Prof. Max Karris (Zentralblatt f. Chirurgie. 1931. № 4)—на основании своей практики приходит к заключению, что каждый перелом большеберцовой кости следует лечить способом, подходящим к данной форме перелома, но, по возможности, не кровавым путем. Желательна репозиция при помощи вытяжения, комбинированного со сдавлением. В тех случаях, где бескровное вмешательство не достигает цели, что наблюдается, напр., обычно при чашевидных переломах наружного мыщелка, следует прибегать к операции, которая, помимо соответствующей техники, требует не особенно преклонного возраста и удовлетворительного общего состояния больного.

*И. Цимхес.*

30) *Достаточно ли рентгеновских снимков в 2-х плоскостях для правильного суждения о переломах локтевой кости.* Dr. Nussbaum (Zentralblatt f. Chir. 1931. № 4) приводит случай перелома локтевой кости, где кроме обычных рентгеновских снимков предплечья в 2-х положениях (супинации и ульнарном), не дававших ясной картины причины утери трудоспособности, был произведен 3-й снимок в положении пронации, давший возможность точного суждения о состоянии перелома и о степени утраты трудоспособности. На основании изложенного авт. рекомендует в случаях, подобных приведенному, прибегать к рентгеновским снимкам в 3-х плоскостях.

*И. Цимхес.*

31) *Применение гипертонического раствора поваренной соли при непроходимости кишек.* R. Denis (Presse méd. 1930. № 12) в добавление к прежней работе (Presse méd. 1929. Novembre, 23) на основании экспериментов на животных и клинических наблюдений отмечает, что гипохлоремия, наблюдаемая при непроходимости кишек, обнаруживается также при стенозе pylorus'a, а потому показания к инъекции раствора поваренной соли здесь те же, что и при высоколежащей закупорке кишек. Правда, применение физиологического раствора повар. соли не вполне достаточно для покрытия потерь, претерпеваемых организмом. Является необходимым в даче гипертонических растворов, которые в свою очередь проявляют свое действие благодаря введению поваренной соли и, с другой стороны, благодаря введению жидкости, т. к. несомненно существует соотношение между обезвоживанием и уменьшением соли в организме, причем при недостатке соли автоматически следует более сильное выделение воды. Потому при длительных закрытиях привратника, клиническая терапия требует, в целях лучшего перенесения вмешательства б-ным, прибегать до гастроэнтеростомии к предварительному восстановлению недостаточности воды и соли в организме соответствующими растворами. Далее автор отмечает действие гипертонического раствора соли на перистальтику, особенно в случаях паралитической непроходимости кишек, где введение соли уничтожает атонию кишечных петель, что в свою очередь отражается на общем состоянии б-ного (резорбция токсических продуктов). По наблюдениям авт. энтеростомия, предпринятая по поводу высоколежащей закупорки кишек, ускоряет смертельный исход, что объясняется более быстрым выделением поваренной соли и содержимого желудка, отсюда — во всех случаях энтеростомии рекомендуется прибегать к обильному введению соли при помощи подкожных вливаний. Дозировка у различных авторов — различна: от 20 до 90 гр. в день, в зависимости от случая. Следует считаться с тем, что вливания повар. соли не оказывают особого влияния на отравление организма протеинами и что действие солевого вливания тем больше, чем выше и полнее закупорка кишечника и чем сильнее рвота. При острой непроходимости тонких кишек вливание показано уже до операции и должно быть проделано и после нее с тем расчетом, что в день вводится до 50 гр. поваренной соли. При ущемленных грыжах ранняя операция обычно исключает наличие кишечной непроходимости, но тем не менее при угрожающих симптомах рекомендуется введение 20 куб. см. 20% раствора поваренной соли до операции. Безусловно показано введение поваренной соли при