

5 часов в 3 приема от 3-х доноров 6-ной ввели 1 литр крови. Через 3½ недели—полное выздоровление.

И. Цимхес.

28) *Хронически-воспалительные опухоли толстых кишок (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 кишок. 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 болезней.

И. Цимхес.

29) *О лечении переломов головки большеберцовой кости*. Prof. Max Karpis (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 кишок*. 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 гипохолеремия, наблюдаемая при непроходимости кишок, обнаруживается также при стенозе pylorus'a, а потому показания к инъекции раствора поваренной соли здесь те же, что и при высоколежащей закупорке кишок. 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 закрытых привратника, клиническая терапия требует, в целях лучшего перенесения вмешательства 6-ным, прибегать до гастростомии 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 кишок, где введение соли уничтожает атонию кишечных петель, что в свою очередь отражается на общем состоянии 6-ного (резорбция токсических продуктов). По наблюдениям авт. энтеростомия, предпринятая по поводу высоколежащей закупорки кишок, 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 кишок 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

ущемленных пупочных грыжах, гл. обр. в случаях небольших грыж с тяжелыми явлениями. То же следует сказать о грыжах, ущемленных продолжительное время до операции. Особенно благоприятно вливание поваренной соли при инвагинациях, преимущественно у маленьких детей. Здесь, в виду частой невозможности интравенозного вливания, следует прибегать к ректальному введению соли (20% раствор в виде небольших клизм). При непроходимости толстых кишек применение повар. соли не дает результатов, т. к. в таких случаях потери соли в организме не наступают, вся роль солевого вливания здесь сводится к повышению перистальтики после операций (20 куб. см. 20%-го раствора). При послеоперационных стенозах влияние солевого вливания сказывается также гл. обр. на перистальтике, в виду чего им никогда не следует пренебрегать. Значительных нарушений от вливаний солевых растворов не наблюдалось (изредка ощущение тепла во всем теле, сухость и соленый вкус во рту). Следует избегать инъекций в перивенозную ткань, во избежание болезненных некрозов. В заключение описывается метод, дающий возможность точного определения содержимого поваренной соли в крови и в кровяной плазме.

И. Цимхес.

2) Болезни уха, горла и носа.

32) Из 17 тромбозов отогенного происхождения, наблюдавшихся I. H. ubasek'om (Otolaryngologia Slavica, 1930, S. 353), 3 случая принадлежали к *первичным тромбозам v. mastoideae*. 34-летняя женщина была оперирована на 3-ей неделе после начала острого среднего отита вследствие развившегося мастоидита. Отит начался после перенесения гриппа. На операционном столе был обнаружен, помимо гноя и грануляций в верхушечных клетках отростка, тромб *v. mastoideae*. Пункция *sinus'a* в трех местах показала кровь. Послеоперационное течение гладкое. 5-летний ребенок был оперирован по поводу острого мастоидита с флюктуирующей и болезненной припухлостью в области *v. mastoidea* при целой, но серой и набухшей барабанной перепонке и при септической температуре. Во время операции обнаружен перисинузный абсцесс в области выхода *v. mastoideae* и тромб последней. По удалении тромба и перисинузных клеток резкое падение температуры до нормы и быстрое выздоровление. Пятилетний ребенок поступил в клинику по поводу острого мастоидита, развившегося на почве острого среднего отита. При объективном исследовании—гной в слуховом проходе, резкая набухлость и покраснение барабанной перепонки с перфорацией в нижнем отделе при отсутствии каких-либо изменений со стороны сосцевидного отростка и задне-верхней стенки слухового прохода. По ввиду наличия септической температуры ребенок был оперирован. Все клетки отростка заполнены гноем и грануляциями и *v. mastoidea* тромбозирована. Пункция *sinus'a* в нескольких местах дает кровь. После удаления тромба из *v. mastoidea* критическое падение температуры до нормы. Через 5 дней внезапное повышение температуры со знобами. При осмотре операционной раны обнаружен небольшой тромб *sinus'a* на месте выхода *v. mastoideae*. По удалении тромба сильное кровотечение, останавливаемое тампонадой. Через 2 дня ввиду непрекращающейся лихорадки—перевязка *v. jugularis*, вскрытие *sinus sigmoideus* и удаление имеющегося тромба в последнем. Через 10 дней новая ревизия операционной раны, где был обнаружен тромб поперечной пазухи. Через несколько часов после этой операции—*exitus*. Аутопсия нового не дает. Автор считает, что в данном случае был изолированный первичный тромбоз *v. mastoideae*. Тромбоз синуса развился позднее вследствие эндотромбозических изменений пазухи.

Б. Голланд.

33) Н. Richter (Münch. med. Woch., 1930, № 32, S. 1354) подробно останавливается на *показаниях к резекции носовой перегородки*. Отсутствие носового дыхания при наличии искривленной носовой перегородки и морфологически измененных раковин является одним из главных показателей к резекции перегородки. При воспалительных процессах в носу должно быть точно установлено, поддерживается ли данный процесс имеющейся деформированной перегородкой, в противном случае автор считает резекцию перегородки грубой ошибкой. Также обстоит вопрос при вазомоторных ринитах. Последнее усиливается имеющимися выступами и шипами перегородки, вызывающими раздражение противолежащих набухших, но не гиперпластических раковин. Все-таки автор считает, что также при этих формах должно быть предварительно испробовано консервативно-терапевтическое лечение (прижигание и др.). При бронхиальной астме автор рекомендует резекцию