

крылась лишь на операции. Замечательно при этом, что точное патолого-анатомическое исследование 30 удаленных вследствие „острого“ воспаления отростков ни в одном случае не подтвердило этого распознавания: 5 раз отросток оказался нормальным, 17—поражен хроническим процессом, а в остальных имелось воспаление подострое, катарральное или периаппендицит.

С. С.-в.

263. *Комбинированное лечение альвеолярной пиорреи.* К. Г. Митрофанова (Мед. М. Узбекистана, 1927, № 1) с успехом применяет след. способ лечения альвеолярной пиорреи: сначала в 2—3 сеанса производится тщательное удаление зубного камня; затем карманы десен прижигаются 50% раствором молючной кислоты (с последующей нейтрализацией ее двууглекислой содой) и 25% раствором хромовой кислоты; после того карманы промываются настойкой ипекакуаны 12:100; наконец, в них вводится чистая культура болгарской палочки на молоке.

Р.

264. *К лечению кишечной непроходимости.* Экспериментальные исследования преимущественно американских авторов показали, что вливание животным, у которых вызвана перевязкою непроходимость кишечника, гипертонического раствора NaCl в состоянии продлить жизнь животных до 28—30 дней. Исходя из этих данных, проф. Gosset и Binet и др. Petit-Dutaillis (Presse méd., 1928, № 2) применили вливание этого раствора в 2 случаях, из которых в одном больному, после оперативного устранения непроходимости, угрожала смерть от сильнейшей интоксикации, внутривенное же введение 10% раствора NaCl повело к настоящему „воскресению“ его, а в другом явления интоксикации были предупреждены применением NaCl с первого дня. Авторы предлагают в подобных случаях вводить за сутки 1 литр физиологического раствора подкожно и 100 куб. с. 20% раствора NaCl внутривенно, распределив на 5 инъекций через равные промежутки времени, причем инъекции не надо прерывать и ночью. В случае нужды их можно продолжать в течение 2 суток.

М. Знаменский.

265. *К фармакологии продуктов аутоокиссации этилового эфира.* Исходя из факта самоокисления этилового эфира, продуктами коего являются уксусный альдегид и перекиси водорода, этила, диоксиэтила и диэтилидена, и неизбежно связанной с этим явлением браковки эфира pro narcosi, Я. Х. Нолле (Журн. Эксп. Биол. и Мед., т. VIII, № 20) поставил ряд опытов на изолированных сердцах холоднокровных и теплокровных животных с целью выяснения токсичности действия этих продуктов и порядка их образования. Оказалось, что при длительном хранении эфира pro narcosi в первую очередь образуются перекиси (из них, по Mita, самой ядовитой является перекись диоксиэтила, переходящая при хранении в тепле в легко взрывающуюся перекись диэтилидена), весьма токсично действующие на изолированное сердце и нервно-мышечный препарат. Эфиры с примесью только альдегидов не токсичны. Свет, температура, кислород воздуха и длительность хранения являются факторами, обуславливающими процессы самоокисления эфира.

З. Блюмштейн.

266. *Профилактика и лечение послеоперационных осложнений.* Каррис (Deut. med. Woch., 1927, № 15) обращает внимание на важность психической подготовки больного перед и после операции. Необходимо позаботиться также о хорошей вентиляции легких после каждого наркоза. Не следует забывать о возможности поздних асфиксий. Не оправившиеся от наркоза должны занимать горизонтальное положение, в дальнейшем же желательно приподнятое их положение— для лучшего откашливания. Оперированный орган должен быть уложен покойно. Хорошей профилактической мерой против послеоперационных пневмоний и тромбозов являются дыхательные упражнения, пассивные и активные движения конечностей и массаж. Хороший шов и правильно наложенная повязка имеют большое значение. Боль в области операционной раны хорошо успокаивается под влиянием морфия, бояться которого не следует. Важно обращать особое внимание на ночной уход за оперированными. Velden (Deut. med. Woch., 1926, № 51), касаясь вопроса о послеоперационных осложнениях со стороны дыхательных путей, отмечает, что в возникновении их играют роль как нарушения секреции, так и ослабление кровообращения и эмболии. Особенно опасны вазомоторные влияния у вазолабильных субъектов. В целях профилактики рекомендуются предварительное лечение катарров и повышение общей сопротивляемости клеток при помощи интравенозных вливаний солей Са вместе с раствором сахара. После операции больным важно иметь глубокие дыхания, чего можно достигнуть при помощи мор-

фия, уменьшающего боли; впрочем с этим средством надо быть осторожным, так как морфий подавляет также способность к отхаркиванию. Рекомендуются также кардиазол и гексетон, причем последнего надо делать не более 2 инъекций в течение двух часов. При наличии послеоперационных катарров автор советует применять суперзан, ментонин — по 2—3 к. с. интрамускулярно и транспульмин (1—2 к. с. ежедневно). Старые ехрестогангиа тоже не следует забывать. Если изменения в легких перешли в хроническую форму с образованием мелких или более значительных абсцессов, то уместными являются аутогемотерапия, протеиновая терапия или сальварсан (доза II—III). При изменениях грудной стенки — в зависимости от случая — могут оказаться полезными компрессы, горчичники и рассасывающие средства, напр., салициловые препараты. *А. Тимофеев.*

г) Ортопедия.

267. *Травма позвоночника.* В большинстве случаев травмы позвоночника бывают односторонние расстройства, происхождение которых Schanz (Орт. и Травм., 1928, кн. 5—6) объясняет, сравнивая позвоночник с трубкой, наполненной вязкой жидкостью. Если травма поражает стенку этой трубки, то, вследствие давления, в ее содержимом возникает волна, распространяющаяся в оба конца трубки; если высота этой волны превышает определенную величину, то ранится содержимое трубки; сама же трубка также повреждается на месте прикосновения к ней закругленной верхушки волны. При вскрытии позвоночника в подобных случаях на месте прикосновения верхушки волны к телу позвонка находят разрывы межпозвоночных дисков, проявляющиеся в виде выпячивающихся в костно-мозговую полость небольших узелков, — т. наз. хрящевые грыжи. *Н. Киттенко.*

268. *Случай перелома I шейного позвонка без повреждения спинного мозга.* Menegaux (Revue d'orthopédie, 1927, № 3) приводит случай больного 70 лет, у которого после падения с лестницы головой вниз был обнаружен при рентгеноскопии перелом задней дужки атланта с небольшим смещением; больной был выписан через 26 дней без всякого специального лечения. Автор приводит несколько аналогичных случаев из литературы и делает вывод, что мозговые симптомы при переломе шейных позвонков могут иметь место лишь в случае повреждения зубовидного отростка и смещения отломков вперед. Однако автор не отрицает возможности у данного больного в будущем появления болезни Kimmell-Vernheyle и рекомендует осторожный прогноз для всех подобных случаев. *А. Алексеева-Козьмина.*

269. *Регенерация сухожилий.* Вопросом этим занялся Пржевальский (Орт. и Травм., 1928, кн. 5—6), производивший опыты с резецированием Ахиллова сухожилия у собак, причем оказалось, что в тех случаях, где сухожильное влагалище было сохранено, происходило восстановление дефекта путем регенерации сухожилия. Напротив, при отсутствии сухожильного влагалища дефект замещался соединительной тканью. *Н. Киттенко.*

270. *Оперативное лечение привычных вывихов наколенника.* Hoffmeister (Zentr. f. Chir., 1928, № 2) разбирает материал привычных вывихов наколенника, прошедший через клинику Lexer'a за 2 года. Все случаи были оперированы по способу Whitelock'a, заключающемуся в следующем: кожный разрез проводится по медиальной поверхности коленного сустава; дистальный сухожильный конец m. gracilis отделяется от места своего прикрепления, проводится под m. sartorius и пришивается к lig. patellare. Автор видел во всех случаях хорошие отдаленные результаты. *И. Цимхес.*

271. *Пересадка m. tensoris fasciae latae на spina post. sup.* F. Dickson (Journ. of bone a. joint. surg., 1927, vol. IX, № 1) проделал эту операцию за последние 5 лет у 40 больных с параличом нижних конечностей, причем получал неизменно хорошие результаты. Операция имеет целью заменить парализованные ягодичные мышцы, при условии, если m. tensor f. latae сохранил свою функцию. Техника ее следующая: разрез кожи от sp. ant. sup. до sp. post. sup. по краю подвздошной кости; впереди разрез продолжается вниз на ребро на 15 см., по внутреннему краю m. tensoris f. l. Весь кожный лоскут вместе с подкожной клетчаткой откидывается вниз и назад. Обнаженный tensor fasc. отделяется от m. sartorius и m. rectus femoris на расстояние 15 см. и сзади от средней ягодичной мышцы. Наконец, tensor f. l. отделяется от места своего прикрепления у sp. ant.