

Weill'a и Dufourta (1 к. с. этой вакцины содержит: 400 милл. пневмококков, 400 милл. энтерококков, 150 милл. стафилококков и 50 милл. *b. tetragenus*). Вакцинация производилась в течение 5 дней после операции. До операции она не нужна, т. к. действие вакцины проявляется очень рано. На 10 случаев язвы желудка наблюдался один легкий бронхит, на 13 случаев рака — одна смерть от бронхопневмонии и одна бронхопневмония, закончившаяся выздоровлением.

*М. Знаменский.*

421. *Пилокарпин при послеоперационной ишурии.* Б. В. Блок (Куб н.-мед. в., т. VII—VIII) наилучшим средством при послеоперационной задержке мочи считает подкожные впрыскивания пилокарпина (1% раствора) в дозе 1.0.

*Р.*

422. *Оперативное лечение свежих открытых переломов конечностей.* Н. Godard (Revue de chir., 1927, № 9) имел 75 случаев открытых переломов, из которых в 15 была произведена первичная ампутация, так как были налицо ушибы кожно-мышечного аппарата, а главное — сосудисто-нервного пучка, в остальных же 60 предпринята ранняя операция (в первые 5—6 часов), состоявшая в простом вправлении отломков и глухом шве мягких частей после эксцизии разможенных тканей. Там, где отломки не удавалось вправить, они соединялись или проволокой, или пластинками Lambot'a. На эти 60 случаев было 5 смертей от шока, эмболии и пневмонии, сделано 7 вторичных ампутаций, получились 2 ангилоза, 1 псевдартроз и 43 хороших результата (некоторые случаи потребовали, впрочем, добавочных операций — удаления пластинок и секвестров, костной пластики и пр.). Техника: очистка кожи мыльной водой, эфиром, спиртом, смазывание иодом; никаких антисептиков в ране; воздерживаться от широкой отслойки надкостницы; удалять только свободно лежащие отломки; остеосинтез только при неврправных отломках; тщательный гемостаз, кожный шов без дренажа, шинная повязка.

*М. Знаменский.*

423. *К вопросу о самопроизвольной гангрене у молодых субъектов.* Oberthus (Revue de chir., 1927, № 9), касаясь этиологии гангрены, отмечает особую предрасположенность к ней еврейской расы. Анатомическим субстратом гангрены являются дегенеративные изменения артериальных стенок, выражающиеся в разрушении внутреннего эластического слоя и разрыхления интимы по типу грануляционной ткани с последующей облитерацией артерии, при отсутствии каких бы то ни было следов тромбоза. Теорию Опеля он считает несостоятельной, ибо: а) факт гиперрадиализмии при гангрене не доказан (кровь здоровых людей может обладать такими же сосудосуживающими свойствами, и гангрена иногда наблюдалась у людей и с одним надпочечником); б) изменения крови (гипергликемия, увеличение количества эритроцитов и др.) при данной болезни колеблются в границах, близких к норме, и нехарактерны; в) в удаленных надпочечниках находят гипертрофию коркового слоя, а не мозгового, который продуцирует адреналин. Что касается операции эпинефректомии, то автор считает ее небезопасной, в большинстве случаев не дающей эффекта (11 выздоровлений, прослеженных максимум до 3 лет на 106 операций) и все реже применяемой хирургами в С.С.С.Р. в 25 и 26 гг. сделано всего по 1 операции). Разобрав все предложенные методы лечения болезни, автор не находит среди них ни одного, дающего стойкий эффект, и приходит к выводу, что лучшим средством при гангрене является своевременная ампутация.

*М. Знаменский.*

424. *Мозговая травматическая грыжа.* Magnant (Revue de chir., 1927, № 7), говоря о лечении таких грыж, различает 1) лечение профилактическое, заключающееся в первичной краниэтомии с целью удаления осколков инородных тел и гематом и промывании физиологическим раствором; 2) лечение собственно — грыжи. Здесь автор является сторонником метода Leriche'a, заключающегося в освобождении грыжевой ножки и основания грыжи, расширении костного дефекта и неприкосновенности самой грыжевой опухоли. 1-й темп операции состоит в том, что проводится круговой разрез по периферии грыжевой опухоли и 4 добавочных разреза радиально от первого, причем края разрезов отворачиваются; 2-й темп — увеличивают костный дефект костными щипцами до тех пор, пока повсюду не будет открыта здоровая твердая мозговая оболочка; 3-й темп — тампонада марлей, пропитанной физиологическим раствором, повязка на 4 дня. В дальнейшем повязка сменяется через день, причем каждый раз щель между грыжей и костным дефектом тампонируется. Результаты: из 11 случаев 9 выздоровлений и 2 смерти.