

Из всего этого следует, заключает Г., что практически при раках не приходится считаться с самопроизвольным излечением. Поэтому всякий раз необходимо применение всех известных врачебных средств борьбы с этой болезнью.

Н. Вылегжанин.

9) *Рак и малярия.* Из некоторых статистических данных известно, что во многих странах свободных от малярии смертность от рака больше, чем в пораженных болотной лохотадкой. Так, на 100 000 жителей в Дании, почти не имеющей малярии, в 1901—1905 г. умирало от рака 150 человек, в то время как от рака в Сербии с широко распространенной малярией смертность составляла всего 10 человек. В России по статистике за 1909—1911 г. на 100 000 жителей в Москве, слабо пораженной малярией, умирало от рака 224,2, а в Баку, с большим количеством малярийных заболеваний раковая смертность была 14,7. Конечно, в распространении рака играют большую роль и многие другие еще нам неизвестные факторы, но эти данные все же показывают, что между распространением малярии и рака существует какая-то связь. Главным образом это наблюдение побудило Braunstein'a (Z. f. Krebsforschung, Bd. 29, H. 4 и 5, 1929) к попытке установить некоторые экспериментальные и клинические факты, которые, с одной стороны, позволили бы подойти к объяснению вышеприведенного наблюдения, а с другой—дали бы возможность практически использовать благоприятное действие заболевания малярией в лечении раковой болезни. Что заболевание малярией может задерживать развитие рака или даже может вести к полной остановке его роста известно из некоторых клинических наблюдений, частью сообщенных в научной литературе. Но задерживающее влияние на развитие рака известно также в отношении некоторых других инфекционных болезней, как-то: оспы, рожи. Далее, некоторые исследователи наблюдали благоприятное действие хемо-, иммуно- и протейнотерапии при лечении раковой болезни. Исходя из некоторых рассуждений и наблюдений, В. попытался экспериментально установить, что селезенка является при этом главным органом, с которым связано развитие защитных процессов в организме против возникшей раковой опухоли. При этом из всего комплекса тканевых элементов селезенки, рет.-энд. с. принадлежит главная роль. При малярии и при других инфекционных болезнях в селезенке развиваются особенно сильные реактивные процессы (полнокровие, набухание), связанные с развитием борьбы организма против болезнетворных начал. И вот, по мнению автора, заболевание малярией, вызывая сильные изменения в селезенке, стимулирует этим выработку в ней специфических и неспецифических раковых противотел. Таким образом, при этом дело идет об усилении естественных защитных сил организма через перестройку и повышение его функций (Umstimmung u. Leistungssteigerung). Вот это-то обстоятельство В. и кладет в основу лечения рака малярией, о результатах которого он предполагает скоро сообщить.

Н. Вылегжанин.

б) Хирургия.

10) *О фотографировании отдельных моментов операций.* Prof. A. W. Fischer (Zentrbl. f. Chir. 1929, № 48) описывает фотографический аппарат для снимков отдельных моментов операций, выпущенный фирмой E. Leitz, Wetzlar, Leika-Kamera с фокусом—5 см., силой света—1:3,5 и размер 24×36 mm. Маленькая величина аппарата делает его достаточно подвижным и легко приспособляемым к любым условиям. Такие снимки легко всегда увеличить. Вес аппарата с камерой и лампами равен 2,9 kgr.

И. Цимхес.

11) *Металлический ноготь для чрезпузырной простатэктомии.* Dr. F. Krauss (Zentrbl. f. Chir. 1929, № 48) предложил крепкий стальной ноготь, который выступает на 4 mm. поверх ногтя хирурга. Край ногтя у основания образуют замкнутое кольцо, куда вдевается палец хирурга для перерезки слизистой мочевого пузыря.

И. Цимхес.

12) *Об учащении тромбозов и эмболий за последние годы.* В. Martini и R. Opitz (Münch. medic. Wochensh. 1928 г., № 37) наблюдали за последние годы увеличение числа эмболий и тромбоза. Происхождение тромбоза и эмболий в большинстве случаев было связано с недостаточной сердечной деятельностью и частым применением внутривенных инъекций.

И. Цимхес.

13) *Контролируемая спинальная анестезия Pitkina с вязкими, специфически более легкими, растворами новокаина* по докладу Helmuta Schmid'a (Arch. f. kl. Chirurgie, Bd. 157, Kongressbericht, 1929). Непосредственными опасностями применения люмбальной анестезии являются: падение кровяного

давления вследствие центрального паралича сегментарных вазоконстрикторов; паралич дыхания вследствие неконтролируемого восхождения анестетикума и явления интоксикации вследствие быстрой резорбции в кровь. Pitkin пытается устранить все это следующим образом: 1. Падение кровяного давления предотвращается профилактическим впрыскиванием Ephedrin'a. 2. Паралич дыхания и интоксикация, которые объясняются тем, что из водного, соляного раствора новокаин слишком быстро проникает в другие растворители, как кровь и спинно-мозговая жидкость, устраняются, по идее Pitkin'a, растворением новокаина в какой-нибудь вязкой, концентрированной, например, крахмал-содержащей жидкости, более легкой, чем спинно-мозговая жидкость, что дает возможность, при высоко-поднятом тазе, задержать новокаин от поднятия кверху (к голове). Новокаин при этом будет быстро абсорбироваться нервной субстанцией и медленно диффундировать в другие растворители организма. Из всего этого вытекают следующие преимущества: а) гарантия незначительным опусканием головы предупредить рвоту и головные боли; б) возможность пользоваться большими количествами новокаина (200 - 300 mg. вместо 65 mg. в обычном, солевом растворе), чем достигается улучшение анестезии. с) При этих условиях (контроль) можно поднять анестезию выше. Вязкие, специфически более легкие «пломбы новокаина» (из 2 см.³ 10% смешиваются с соответствующим количеством спинно-мозговой жидкости и безопасно из места укола могут быть подняты. Таким образом 2 см.³ раствора новокаина + 2 см.³ спинно-мозговой жидкости дают анестезию таза и нижнего отдела живота; 6 см.³ достигают пупка, при 8 см.³ (6 см.³ спинно-мозговой жидкости + 2 см.³ новокаинового раствора) можно довести анестезию до реберной дуги. Возможность контроля достигается через положение, величину новокаиновой пломбы и количество анестетикума. Люмбальная анестезия в этих условиях тернет свою опасность и выигрывает в надежности.

А. А. Вишневский.

в) Офтальмология.

14) *Лечение глаукомы адреналином.* F. Ungerer (Annales d'Oculistique, Tome CLXVI., 1929 г.) на основании литературных данных и своих наблюдений считает, что адреналин могущественное медикаментозное средство при лечении глаукомы и часто его действие равноценно оперативному вмешательству. Адреналин особенно показан при glaucoma simplex, в 75% он дает понижение глазного давления до нормы. Целесообразно всегда комбинировать адреналиновую терапию с миотическими средствами. Инъекции адреналина под конъюнктиву дают лучший терапевтический эффект, чем закапывание. Автор рекомендует для инъекций под конъюнктиву применять дозу 0,2 cc. Sol. adrenalini pro mille или 0,5 cc. Reichtsglaukosan, а для закапывания Sol. adrenalini 2% или Linksglaukosan. Г. Л.

15) Abadie et de Spéville (La Clinique Ophtalmologique, 1928, p. 290) сообщают о 2 случаях *подострой глаукомы*, где на правом глазу у обоих больных была произведена иридектомия с неблагоприятным исходом, а на левом глазу было назначено медикаментозное лечение, давшее хороший терапевтический эффект; острота зрения на левом глазу у этих больных поднялась до $\frac{2}{3}$, а поле зрения у одной больной стало почти нормальным. Л.

16) *Радиотерапия ангиомы век.* Ангиома существует уже в первые дни после рождения, но становится более заметной обычно через несколько недель после родов и тогда необходимо ее лечить. Среди различных методов, предложенных для лечения ангиом, радий по P. Degrais et Anselme Bellot (La Clinique Ophtalmologique, 1928), является наиболее эффективным. Радий безболезнен; лучи его действуют как на поверхностные, так и на глубокие ткани; радием легко манипулировать и его можно безвредно применять на веках, не вызывая особых раздражений со стороны глазного яблока. Г.

17) *Olein chaulmoogra при лечении трахомы* испытала в течение 8 лет на 35000 случаев dr Delanoé (de Mazogan) (La Clinique Ophtalmologique, 1928, p. 337) и весьма удовлетворена полученными результатами. Способ употребления легкий и почти безболезненный: на стеклянную палочку наматывают немного ваты, смачивают ее в Ol. chaulmoogra, выворачивают верхнее и нижнее веко больного и по conjunct. tarsi и fornix трут означенной стеклянной палочкой слева направо et vice-versa от 20—60 раз до появления мыльной пены. Обычно массированием раздавливаются зерна и масло проникает вглубь их. Ol. chaulmoogra показано при всех формах трахомы и особенно при паннозных изменениях роговиц. Паннус иногда рассасывается после 2—3 сеансов.

Липпбен.