

от техники оператора и длительности последующего лечения. Операция френикоэксереза не удлиняет и не спасает жизни. Она оказывает благоприятное влияние на симптомы, как кашель, мокрота, и на общее состояние. Операция торакопластики, в различных ее формах, дала в 66,7% улучшение, в 33,3% состояние больных осталось без изменений. В ранних случаях при хорошей оперативной технике результаты могут быть еще более благоприятны.

А. Гильман.

Boesher (Аахен.) На 87 съезде объединения нижнерейнских и вестфальских хирургов (Chirurg. № 17, 1935) а. предложил смазывать кожу вместо иода, вызывающего почти постоянно легкий дерматит, а в некоторых случаях более глубокие некрозы, 5—10% раствором формалина в спирте (дешевле в 10 раз иода). Пропись: Formalini 5,0 (10,0), Eosini 0,05, Alcoholi rectific. 96° ad 100,0.

А. Гильман.

Paug (Chirurg. № 20, 1935) рекомендует для лечения спонтанных келоидов раствор 1% пепсина в 10-кратном количестве  $\frac{1}{3}$ % раствора новокаина. Получается таким образом пепсин в концентрации 1:1000. Вначале раствор впрыскивается под келоид, в дальнейшем тончайшей иглой вводится в самый келоид. На ночь повязка из раствора: pepsini puris. 3,0, ac. muriat. dil. 1,0, ac. carbolicum liquefacti 0,5, aq. dest. 200,0. (Через каждые 5—6 дней перерыв на 1 день). Рентген также дает иногда хорошие результаты. От оперативного удаления следует воздерживаться.

А. Г.

Mauger, Rolland и Marcel Roux (Pr. Méd. № 1, стр. 14, 1936) в докладе в хирургической академии сообщили наблюдения над периплевритами и париетитами, как осложнении при гнойных плевритах. В 1 случае было характерно отсутствие связи между поражением грудной стенки и задержкой гнойного выпота, так как вследствие низкого расположения дренажа отток был совершенным. Сообщение между абсцессом грудной стенки и полостью плевры образовалось позже. В ряде других случаев развитие париетальных осложнений наблюдалось значительно позже произведенной плевротомии. Париетиты наблюдаются и после торакопластик по поводу гнойных плевритов. Аа. считают, что эти нагноительные процессы грудной стенки часто развиваются лимфатическим путем, а не путем прорыва париетальной плевры и постепенного спуска гноя. Доказывается это тем, что они могут развиваться и при свободной от гноя полости плевры, не имеют вначале сообщения с ней и появляются значительно выше уровня экссудата, иногда во втором межреберье.

А. Гильман.

Godel и Chehale. Измерение скорости кровотока помощью метода, дающего одновременно данные об активности циркуляции правого и левого сердца (Pr. Méd. № 3, 1936). Метод состоит в внутривенном введении 0,25 куб. см чистого эфира и 3 куб. см дехолина (Natr. dehydrocholici) в локтевую вену. По секундомеру отсчитывается время от введения раствора до ощущения больным запаха эфира в выдыхаемом воздухе — оно указывает на срок, в который кровь проходит путь от локтевой вены до легочных капилляров (правое сердце), а также время появления горького вкуса на языке, что указывает на срок, в который кровь проходит через большой круг кровообращения (левое сердце). У здоровых лиц первая проба дает от 5" до 10", вторая 10—20". Повторное проведение пробы, с нанесением результатов на кривые, имеет значение при оценке проводимых терапевтических мероприятий. М-тод выгодно отличается своей простотой и дает довольно точные данные о скорости кровотока. Нарушения компенсации сердечно-сосудистой системы обычно сказываются в замедлении пробы, причем это может отразиться как на первой, так и на второй ее части.

А. Гильман.

Delagéniere сообщил в хирургической академии (Pr. Méd. № 17, 1936) о произведенной им операции френикоэксереза, как подготовительном мероприятии перед операцией грыжесечения при мошоночной грыже очень больших размеров, с целью увеличения объема брюшной полости. Операция ф. э. значительно облегчила вправление внутренностей при последующем грыжесечении.

А. Гильман.

Susman (Сидней). Лечение туберкулезных эмпием (Brit. Med. Journ. № 3901, 1935). При выборе метода лечения необходимо выяснять наличие или отсутствие пиогенной инфекции и состояние легкого. В зависимости от этого различают 4 группы больных: 1) нет признаков активного легочного тбк и нет