

ных переломах тела грудного позвонка, когда не бывает кифоза, горба, ограничения подвижности и даже боли при давлении и поколачивании, единственным симптомом является нарушение акта дыхания: одышка, усиленная инспирация при недостаточном вздохе; рентген дает подтверждение этого симптома.
В. С. Юроз.

Linden. *Лечение переломов шейки бедра.* (Acta Chirurgica Scandinavica, Vol. LXXVIII, Fasc. I—III, May, P. 28—32, 1936). При лечении переломов шейки бедра по способу Иогансена введение гвоздя может быть сделано через кожу рукой без применения какого-либо инструмента-проводника, с помощью лишь шкалы Акерлунда. Она состоит из стержня с нанизанными на нем шариками, разделенного на сантиметры. Для облегчения ориентации средний шарик делается больше остальных. После вытяжения к коже фиксируются парой швов обе шкалы—одна вдоль паха, вторая по наружной стороне бедра через большой вертел. По этой шкале хирург может выбрать гвоздь, соответствующий размерам шейки. В работе приведены рентгенограммы двух случаев медиального и латерального перелома шейки. Вначале в шейку вводится проволока, делается рентгенограмма и только потом вводится гвоздь. Описывается случай осложнения, когда при введении гвоздя в таз была проведена проволока, по направлению которой ввинчивался гвоздь.
В. С. Маят.

Hindmarsch и Sandberg. *Об отдаленных результатах эмболектومیи.* (Acta Chirurgica Scandinavica, Vol. LXXVIII, Fasc. I—III, P. 81—93). Автор исследовал отдаленные результаты у больных, оперированных по поводу эмболии периферических артерий. За период 1912—1934 гг. у 40 больных (14 мужч. и 26 женщин) было произведено 45 эмболектомий. Большая часть больных (77%) страдала сердечными заболеваниями. Местный эффект операции дала в 23 случаях (51,1%), 17 больных были выписаны в хорошем состоянии (37,8%). Из тех больных, у которых операция не дала желаемого результата, 10 человек выписано было после ампутации конечности. После операции эмболектомии отмечалось полное восстановление функции конечности. Будущность больного в отношении работоспособности и продолжительности жизни решает прежде всего состояние сердца. Если не появилось каких-либо осложняющих заболеваний или слабости сердца, больные, успешно перенесшие операцию, могут вернуться на работу. Смертность остается высокой: в 18 случаях смерть наступила в течение месяца. Значительная часть больных была еще через 2—3 года жива, однако, $\frac{2}{3}$ из них умерли в сроки до 10 лет. Важно, что страдающие сердечными заболеваниями, в результате операции эмболектомии, снова приобретают нормальную функцию конечностей и избавляются от болей и протезов. Среди оперированных в течение первых 10 часов нормальная циркуляция восстановилась в 58,1%, у оперированных же через 10 часов после появления первых симптомов эмболии—в 35,7%.
В. С. Маят.

Perslow. *Два случая ксантомы.* (Acta Chirurgica Scandinavica, Vol. LXXVIII, Fasc. I—III, May, P. 71—80, 1936). Автор сообщает о двух случаях больших изолированных ксантом, характерного охряножелтого цвета с избытком двоякопреломляющих жировых веществ при микроисследовании. В одном случае опухоль располагалась в ретроперитонеальном пространстве, не давала каких-либо симптомов и была обнаружена случайно; так как опухоль не могла быть удалена, то была применена рентгенотерапия, но без определенного эффекта. В другом случае опухоль располагалась в желудке, давая симптомы обычной доброкачественной опухоли желудка. Была сделана резекция желудка, после чего больной выздоровел. Ксантомы этого типа являются доброкачественными новообразованиями.
В. С. Маят.

Hayashi. *Действие рыбьего жира на течение инфицированных ран.* (J. Orient. Med. Dairen. V. 24, 1936). Автор отмечает ускоряющий эффект рыбьего жира на заживление гнойных ран. Он полагает, что это действие обуславливается присутствием в нем витаминов А и Д и липоидными субстанциями, причем этим последним автор приписывает еще большее значение, чем витаминам. Рыбий жир может применяться в течение продолжительного времени, не вызывая никакого раздражения или побочных действий.
В. Дембская.

Proto. *Действие витаминов на заживление ран.* (Annali Ital. Chir. V. 15, 1936). Автор проделал ряд экспериментов на кроликах с тем, чтобы установить, как действуют на заживление ран различные витамины. Животные, получав-

шие витамины, и контрольные находились в одних и тех же условиях и получали тот же пищевой рацион. Животные, получавшие витамины, были подразделены на следующие подгруппы: 1) витамины давались через рот, 2) прикладывались местно на раневую поверхность и 3) одновременно вводились внутрь и прикладывались местно. Выяснилось, что витамин С не оказывает никакого действия на заживление ран ни при местном применении, ни per os. Витамины А и Д, будучи введены через рот, оказывают небольшое, при накладывании же на рану—весьма заметное заживляющее влияние. Особенно эффективным в этом отношении оказался витамин А. Под его влиянием время заживления значительно укорачивалось и раны принимали более чистый и здоровый вид, чем у соответствующих контрольных животных.

В. Дембская.

- Goodyear. Остановка носового кровотечения. (J. Am. m. Ass. V. 107, № 5, 1936 г.). Чаще всего, почти в 90% случаев, носовое кровотечение возникает в переднем отрезке носовой перегородки. Автор рекомендует смазывать кровоточащее место 10% раств. кокаина и затем прикладывать к нему 50% раствор ляписа. Носовое кровотечение останавливается при этом либо сразу, либо спустя 10—15 минут, когда станет достаточно выраженным вызванное этими медикаментами набухание слизистой носа. При кровотечении из задних областей носового дна следует их затампонировать марлей, смоченной в 50—100% растворе азотнокислого серебра. Наступающее при этом набухание обычно быстро останавливает кровотечение. Оказывает пользу и орошение носа ледяной водой. Александер (Вена) получал быструю остановку носового кровотечения введением внутривенно 5 куб. см 10% раствора поваренной соли. Хорошо действует в этом направлении и аутогемотрансфузия. Скиллерн рекомендует повторять ее через 20 минут, если первая порция (10—20 куб. см) не оказала эффекта. Суинг приводит случай кровотечения из тонзиллярных ямок после удаления миндалин, которое не поддавалось ни тугой тампонаде, ни тромбологическим средствам и стихло только после того, как он ввел в подлопаточную область 10 куб. см теплой свежей крови, только что взятой у соответствующего донора. При наличии гемофилии многие видели хороший эффект от введения яичниковых препаратов, еще лучший результат удается получить от повторного введения небольших количеств крови (150—200 куб. см), взятых от подходящего донора.

В. Дембская.

б) Инфекционные болезни.

Nyberg. Терапия заболеваний тифозной группы. (Kansas med. Soc. j. V. 37, 1936). После того, как установлен диагноз тифа или паратифов А и Б, автор тотчас же вводит больному в вену 10 куб. см 1% раствора меркурохрома. Затем он дает через каждые 4 часа по 0,2 меркурохрома в капсулах, растворяющихся только в тонких кишках. Через 8 часов после внутривенного введения меркурохрома он производит внутривенное вливание 1200 куб. см физиологического раствора соли. Этот курс лечения последовательно повторяется в течение трех дней. Затем еще две недели даются инкапсулированные таблетки меркурохрома. Если исследование кала обнаружит присутствие тифозных или паратифозных бактерий, то приемы меркурохрома продолжают еще дольше.

В. Дембская.

Hilgermann. Соли желчных кислот в борьбе с инфекцией. (D. m. W. 1936). Автор полагает, что щелочные соли желчных кислот сами по себе не способны дать стерилизующего организм эффекта, эффективность же их основывается на иммунизирующем влиянии части убитых ими бактерий. Он испытал иммунизирующее влияние этих солей на белых мышах, зараженных пневмококками и стрептококками. Наиболее подходящей он считает натронную соль таурохолевой кислоты. Он отметил, что те белые мыши, которые были заражены вирулентными штаммами стрептококка и которым затем вводились малые дозы таурохолата натрия, выжили, в то время как контрольные, получившие только прививку стрептококков, погибали через определенный срок. Применение вышеописанной хемотерапии в клинической практике натолкнулось на то затруднение, что водный раствор щелочных солей желчных кислот плохо удерживал оптимальную концентрацию водородных ионов, препарат жedaющий кислую или нейтральную реакцию, еще усиливал тяжесть инфекции,