

возбудителя может оказывать несомненное влияние на особенности эпидемии—ее размеры, тяжесть и т. п. Есть основание думать, что в некоторых случаях с изменчивостью микробов бывает связана также закономерная цикличность эпидемий.

113. *Этиология заушницы.*—Обстоятельные исследования К е r s t o r g g a n i'a (Comp. ren. Soc. de biol., 1925, № 17), произведенные на обезьянах, указывают, что этиологическим моментом заушницы нужно считать особую спирохету, которую автору удалось обнаружить в мазках под микроскопом, а также получить в смешанной с ближе неохарактеризованной им бактерией культуре. Осадок промывной жидкости полости рта больного, а также небольшое количество культуры (0,1), будучи введено поверхностно близ отверстия S t é p h a n o в a протока, вызывали у опытных животных (обезьян) картину паротита. Культура, профильтрованная через свечу C h a m b e r l a n d'a, обладала тем же действием, что и до фильтрации. В сыровотке больных обнаружены специфические агглютинины и лизины по отношению к найденной спирохете.

В. Аристовский.

114. *Серноокислая магнезия при столбняке.* S m i t h и L e i g h t o n (Am. J. of med. Sc., 1925, № 6; по реф. в «Пр. Вр.», 1925, № 9) в 8 случаях уже обнаружившегося столбняка получили весьма благоприятные результаты от впрыскивания растворов серноокислой магнезии под кожу и в спинномозговой канал. Под кожу ими впрыскивалось по 16 куб. с. 25% раствора, причем впрыскивания повторялись через 5—6 час., эндолумбально—по 2—3 куб. с. Судорожные приступы после подкожных впрыскиваний прекращались через 5—6 ч., после эндолумбальных—почти сразу.

д) Хирургия.

115. *Тутокаин.* Из средств, предложенных для местного обезболивания, кокаин перестал применяться в виду его ядовитости; предложенные взамен его эйкаи, стоваин, алипин и новокаин обладают гораздо меньшей обезболивающей силой; все это заставило искать новых местно-обезболивающих, среди которых за последнее время особенно широкое распространение получил тутокаин. По С. В. О р е ч к и н у (Пр. Вр., 1925, № 9) тутокаин есть дериват α - λ -аминоалкоголя, хорошо растворимый в воде (при 20° до 15,45%), выносящий без разложения кратковременное кипячение. Растворы его лишены всякого раздражающего действия, анестезирующее же действие его в 3—4 раза сильнее новокаина. Он пригоден не только для инфльтрационной и проводниковой анестезии, но,—в 5—20%-ных растворах,—и для обезболивания поверхности. Для местной анестезии Н a a s применяет 0,2% раствор тутокаина в физиологическом растворе поваренной соли с прибавлением 10 капель супраренина на 100 куб. сант., для поясничной В r a u c рекомендует 0,6—1,0 1/4% раствора тутокаина. Наряду с сильным обезболивающим действием лдовитое действие тутокаина гораздо слабее, чем кокаина. Впрочем от применения этого средства уже наблюдали один смертельный случай, имевший место у 20-летнего, крепко сложенного субъекта, которому было впрыснуто в уретру 8 куб. сант. 2% раствора тутокаина; при вскрытии был обнаружен status thymico-lymphaticus.

В. Сергеев.

116. *Профилактика послеоперационной ишурии.* Е. Н. К в а т е р и М. Л. Х е с и н (Врач. Газ., 1925, № 23) с успехом применяли для этой цели подкожные впрыскивания 5 куб. сант. 25% серноокислой магнезии за 1 час до операции. Из 110 различных гинекологических операций, где были применены эти впрыскивания, лишь в 10 (9,09%) оперированные не могли самостоятельно мочиться в первое время после операции, тогда как обычно % число послеоперационных ишурий определяется около 50.

В. Сергеев.

117. *Внутрисердечные впрыскивания адреналина.* В сборном реферате «Пр. Врача» (1925, № 9) приводится несколько новых случаев благоприятного влияния внутрисердечных впрыскиваний адреналина при суспоре во время хлороформного наркоза. Между прочим в одном случае (A s t e r i a d e s'a, в Салониках) больной, у которого суспоре наступило при операции грыжесечения, был спасен впрыскиванием 1/4 мгр. адреналина в сердце.

118. *Ультрафиолетовые лучи в хирургии.* M a s m o n t e i l (Presse med., 1925, № 100) делит случаи, где эти лучи находят себе применение, на 4 группы. В 1-й группе они играют роль основного способа лечения; сюда входят все хронические воспаления—воспалительные изменения после операции, послеоперационные срощения, эпиплоит, перигастрит, перихолецистит, хронический артрит,

деформирующий артрит и, в особенности, случаи локализованного tbc: tbc перитонит, bacillary adenitis, холодные абсцессы, tbc фистулы, tbc суставов и позвоночника. Ко 2-й группе относятся случаи, где ультрафиолетовые лучи являются подготовительным средством к операции,—длительным освещением можно достичь того, что трудная и опасная операция становится значительно легче, напр., при страданиях шейных желез, костных страданиях и пр. В 3-ю группу входят те случаи, где лучи оказывают важные услуги во время самого лечения; автор считает их, напр., очень действительным стерилизующим средством, более действительным, чем смазывание подом, хлористым цинком, промывание эфиром и т. п. Наконец, в 4-й группе лучи играют роль дополнительного лечебного средства.

С. Репников.

119. *Френикотомия при заболеваниях легких и плевры.* Могопе (реф. Journ. de chir., 1925, № 1) применил эту операцию в 66 случаях легочных заболеваний. В большинстве случаев дело касалось tbc легких с обширными плевропариетальными сращениями, делавшими невозможным или недействительным искусственный шейноторакс; в других случаях имели место бронхоэктазии, абсцессы легкого, эмпиэма, серьезные деформации mediastini. Операция производилась под местной анестезией новокаином, разрез продольный по заднему краю m. sternocleidomastoidei. Отрезывание нерва производилось ножницами, причем во время его автор ни разу не замечал ни болей, ни одышки; затем периферический конец захватывался щипцами Kocher'a, и производилось вытягивание нерва на 8—10 см. После операции функциональные расстройства быстро улучшались, хотя это облегчение продолжалось недолго (maximum 1 год). По автору френикотомия при tbc легких должна помогать шейнотораксу или заменять последний там, где его производство почему-либо невозможно. То же самое надо сказать и относительно торакопластики, при которой резекция n. phrenici является лишь вспомогательным средством, предшествующим операции.

П. Шидловский

120. *Временное прижатие lig. hepato-duodenalis*, как метод предупреждения кровотечений при операциях на печени, разработано экспериментально на собаках Духиновой (Вестн. Хир. и Погр. Обл., кн. 14, 1925). Из практических - важных выводов автора отметим лишь главнейшие: 1) после 5 минут прижатия lig. h.-d. печень совершенно обескровливается; 2) 1/2-часовое прижатие lig. h.-d. ни в кровообращении, ни в мочеотделении, ни в функции поджелудочной железы, печени или кишечника сколько-нибудь значительных изменений не производит; 3) за допустимую продолжительность прижатия надо принять 35 мин.; 4) часового застоя в портальном кровообращении собаки не переносят; 5) прижатие lig. h.-d. является прекрасным, но небезопасным кровоостанавливающим средством, почему оно и может быть, с должными предосторожностями, применяемо в случаях профузных печеночных кровотечений и опухолей печени, далеко и глубоко сидящих от ее краев; 6) метод этот не опаснее приема Momburg'a.

М. Фридланд.

121. *Зависимость между положением червеобразного отростка и его заболеваемостью* была прослежена, на 150 трупах и при 50 операциях аппендэктомии. Гоэиовским и Хнох (Вестн. Хир. и Погр. Обл., кн. 14, 1925), которые пришли по этому вопросу к след. заключениям: 1) прецекальное положение—одно из самых частых положений аппендикса; 2) при направлении отростка в малый таз заболеваемость его равна 19,4%; 3) расположение отростка более латерально и медиально в брюшную полость повышает его заболеваемость до 45%—50%; 4) ретроцекальное положение дает 84% заболеваний; 5) частичное внебрюшинное положение отростка дает 100% его заболеваемости; 6) полное внебрюшинное положение червеобразного отростка встречается редко и дает наименьший процент заболеваемости—16,6%; 7) общий % больных отростков равняется 42,6%.

М. Фридланд.

122. *Перфорация желудка и двенадцатиперстной кишки*, по Оглобину, (Вестн. Хир. и Погр. Обл., кн. 14, 1925), наблюдалась в Хир. отд. б-цы Эрисмана в Ленинграде, с 1909 по 1924 г., у 61 больного, из коих 3 было женщин и 58 мужчин в возрасте от 22 до 67 лет. Оперировано было 58 человек. В 50 случаях имела место язва желудка, в 11—duodeni. Среди больных, поступивших позже 18 ч. после прободения, выздоровел только один; из поступивших до 10 часов выздоровело 52%, до 5—87%. Кёрте требует при прободении «eine frühere Frühoperation», Wagn'er считает, что операция, предпринятая до 4 часов после прободения дает 100% выздоровлений, после 20 ч.—100% смертности. Выводы О.: 1) время,