

Большие дозы надо разделить на 3 инъекции, из которых последняя вводится около 6 ч. веч. Продолжительность курса—3 недели. Такое лечение автор считает показанным при status asthenicus, последствиях длительных лихорадочных заболеваний, нефро-, гастро- и энтероптозах, подвижной ретрофлексии матки, легких формах опущения матки рукава, для возбуждения аппетита при плохом самочувствии по утрам, связанном со рвотой, у беременных, наконец, при подготовке к операции. Противопоказанным оно является при лихорадочных заболеваниях, раковой кахексии, вазо-невротических диатезах, во время менструаций. Если чрез 3—4 дня после начала лечения у больных нет увеличения аппетита, то лечение надо оставить.

С. Рейников.

240. *К распознаванию экссудативного перикардита.* П. М. Каме нецкий и И. С. Рабинович (Münch. m. Woch., 1926, 12) считают важным диагностическим признаком этой болезни повышенную смещаемость области сердечной тупости и сердечной тени (при исследовании рентгеном) при изменении большого положения тела, особенно при наклонениях туловища вправо и влево. Патогностическим является при экссудативном перикардите и изменение при этом очертаний сердечной тупости и сердечной тени.

В. С.

241. *Диагноз облитерации перикарда.* По Volhard'у важнейший признак облитерации—это отсутствие расширения сердца вправо. Вместе с этим, при значительной сердечной слабости, венозном застое, большой застойной печени и раннем асците, особенно выступает сильный застой в шейных венах, которые обнаруживают двойное спадение: систолическое и диастолическое. Вены эти не опухают и при вертикальном положении туловища, а вены руки—при подъеме её вверх. Давление в венах, по Moritz'у, сильно повышено. Тоны сердца тихи, но чисты, пульс мал, правлен. Kirschner и Matthes (Deut. med. Woch., 1926, № 6) приводят прооперированный случай данной болезни, который свидетельствует, что диагноз облитерации перикарда не всегда может быть отвергнут, если фигура сердца расширена вправо, и должен основываться главным образом на наличии характерных явлений застоя,—при отрицательном веном пульсе и правильной (неаритмической) деятельности сердца.

С. Рейников.

242. *К патогенезу бронхоэктазий.* Вгйпеске (Beitr. z. Klin. d. The., Bd. 62, II, 5) подтверждает мнение Вгауегга, по которому начало бронхоэктазий, наблюдается большею частью в детстве, как следствия бронхопневмонических процессов после кори и коклюша. Участие плевры здесь вторично. Автор является сторонником хирургического вмешательства при бронхоэктазиях. *М. Мастбаум.*

243. *Новый способ лечения бронхиальной астмы дыхательными упражнениями* описал К. Sigfried (Theg. d. Gegenw., 1925, № 8). Начиная упражнение, больной делает при закрытой голосовой щели брюшными мышцами движение, как при выдыхании, с большой силой и задерживает дыхание; затем, открывая голосовую щель, выпускает медленно воздух. Терапевтический эффект получается от давления столба воздуха на распухшую слизистую бронхов. Приближающиеся приступы купируются. Из 20 случаев в 3 автор получил полное излечение, в 12—значительное улучшение, в 4 болезнь осталась без улучшения, и в 1 наступило ухудшение.

Н. Герасимова.

244. *Реакция на сахар у больных с язвой желудка.* Scharff (Klin. Woch., 1926, № 4), исходя из своих прежних работ, доказавших, что прием 80,0 левулезы в 300 к. см. воды ведет у людей с вазоневротической конституцией к повышению содержания сахара в крови, произвел подобное же исследование у 15 больных с язвой желудка и 12-перстной кишки. Оказалось, что у всех этих больных после приема левулезы уровень кровяного сахара значительно повысился, причем максимум повышения наблюдался через 40—60 мин. Явление это автор объясняет конституциональной слабостью и лабильностью капилляров у лиц, страдающих язвой желудка и duodeni. По его мнению опыт с левулезой может оказать услуги при дифференциальной диагностике между язвой и заболеваниями желчного пузыря.

М. Чебоксаров.

245. *Флора 12-перстной кишки.* J. Olivet (Klin. Woch., 1926, № 8) произвел бактериологическое обследование добытого через Einhorn'овский зонд содержимого 12-перстной кишки у 50 здоровых и больных лиц. Оказалось, что у здоровых как желудок, так и duodenum обычно свободны от всяких зародышей. То же имеет место при язвах и при повышенной кислотности желудочного сока. При суб-

и ацидных соках во многих случаях автором были найдены разнообразные бактерии, не имеющие, однако, никакого патогенетического значения. За то большое значение имеет нахождение *B. coli*, каковая бактерия, как правило, находится в содержимом duodeni при злокачественном малокровии, в большинстве случаев заболеваний желчных путей (при холангитах, холециститах, особенно при катаральной желтухе) и, наконец, при острых дуоденитах. Для борьбы с *coli*-инфекцией автор рекомендует вливания в duodenum 20—30 куб. сан. 15% раствора сернокислой магнезии или 200 куб. сант. $\frac{1}{2}$ —1% раствора натрена. **М. Чебоксаров.**

246. *Секрция желудка и забрасывание желчи до и после лечения язв желудка и 12-перстной кишки новопротином.* С целью изучения объективных изменений при получившихся хороших субьективных результатах после лечения новопротином язв желудка и 12-перстной кишки, Roithschild (Klin. Woch., 1926 г. № 3) применил свой фракционный метод исследования желудочного содержания. Полученные кривые демонстрируют уменьшение кислотности, усиленную нейтрализацию желудочного содержимого забрасыванием сока 12-перстной кишки и увеличение количества нейтрализованного хлора (уменьшение спазма привратника). **А. Миркин.**

247. *К лечению колита.* У лиц, зараженных *Balantidium coli* Zi e m a n n (реф. Klin Woch., 1926, № 16) рекомендует применять ежедневные впрыскивания зметина в дозе 0,05, высокие клизмы из хинина 1:1000 с промежутками в несколько дней и ежедневные приемы карлсбадской соли; лечебный эффект наступает при таком лечении очень быстро. (От себя добавим, что мы получали в клинике у таких больных очень хорошие результаты от высоких клизм из салварсана в дозе 0,1—0,15). **М. Ч.**

248. *К технике изгнания ленточных глист.* Наиболее надежное средство против ленточных глист, экстракт мужского папоротника, поступив в желудок, нередко вызывает боли в подложечной области, тошноту и упорную рвоту. В виду этого Д. А. Коган (Средне-Аз. Мед. Ж., 1926, № 1) рекомендует вводить его, через дуоденальный зонд, непосредственно в 12-перстную кишку. Накануне, через 2—3 ч. после обеда, больной получает 25,0—30,0 Na sulfurici и на ночь клизму, а на следующее утро, натощак, ему вводится зонд—сначала (на 40—45 сант.) в сидячем положении больного, а затем (еще на 25 сант.)—в положении его, без подушки, на правом боку. О провизкации зонда в дуоденум судят потому, что шприцом отсасывается через него совершенно прозрачная, золотистая жидкость. После того продвигают зонд еще на 8—10 сант. и при помощи шприца вливают через него 6,0—10,0 (смотря по возрасту и конституции больного) разжиженного путем нагревания экстракта папоротника, а затем, через 40—50 мин. (втечении которых больной! остается с зондом во рту),—30,0 сернокислого Na в $\frac{1}{2}$ -стакане воды. Через 30—75 мин. обычно наступает жидкий стул, и глиста выходит целиком. **В. Сергеев.**

249. *Лечение отравлений сулемой.* Е. С. Рождественская и А. А. Не ча е в (Вест. Хир. и Погр. Обл., 1926, № 16) в 2 случаях отравления сулемой средней тяжести получили очень хорошие результаты от применения внутривенных вливаний гипертонического раствора виноградного сахара. Авторы вынесли впечатление, что этот способ лечения нужно предпочесть хирургическому вмешательству (декапсуляции почек), но только вливания надо начинать по возможности раньше и производить ежедневно, до восстановления функции почек, употребляя на каждое вливание не менее 200 куб. сант. 20% раствора. **В. Сергеев.**

ж) Хирургия.

250. *Ретроградное ущемление грыж.* Ф. А. Копылов (Вест. Хир. и Погр. Обл., 1926, кн. 17—18) описал четыре случая ущемленных грыж, где органы, находившиеся в грыжевом мешке, оказались неизменными, а выдававшиеся из него обратно в брюшную полость,—резко застойными, с большими кровоподтеками и даже дефектами серозы. Для ретроградного ущемления считают характерным наличие двух кишечных петель в грыжевом мешке, причем ущемлению подвергается соединяющая их петля, или двойное ущемление брыжеейки ретроградно ущемившейся петля. Причину такого рода грыж следует искать в индивидуальных особенностях разветвлений брыжеечных сосудов, а также в бывших раньше попытках вправления. **П. Цицмесс.**