

особенностей головного мозга у каждого из братьев, тем более, что процент несходных признаков сам по себе больше сходных (52,5% несходных признаков). Заканчивает проф. Пинес свою статью постановкой целого ряда вопросов, возникших в связи с изучением морфологии мозга обоих братьев и замечанием, что разрешение этих вопросов, имеющих большое значение для наших знаний в области наследственных отношений в головном мозгу, возможно лишь на изучении большого материала.

Ив. Галант (Ленинград).

Штарлингер (F. Starlinger. Pneumocephalus corticalis und Diabetes insipidus traumaticus. Psychiatr.-Neurol. Wochenschrift № 48. 1933) дает описание течения болезни в двух случаях фрактуры лобной кости с открытием лобной пазухи. В первом случае развился непосредственно после травмы субдуральный пневмоцефалус, который в течение 17 дней без вмешательства резорбировался и не дал никаких морбидных явлений. Во втором случае дело дошло до инфекции кортикального пневмоцефалуса, залечившегося после оперативного вскрытия и дренажа. Послеоперационное течение в данном случае осложнилось травматическим несахарным диабетом, который прошел спонтанно после неудачного лечения препаратами гипофиза. По мнению а., диабет следует объяснить в данном случае коллатеральным воспалением основания межужочного мозга.

Ив. Галант (Ленинград).

Кроль (Новое в невропатологии. Советская врач. газета. № 21. 1933) видит прогресс невропатологии в том, что в клинике мы все чаще встречаемся с т. наз. *атипичными случаями*. Новые, более тонкие и усовершенствованные методы исследования дают возможность поставить правильный диагноз там, где болезнь далеко еще не определилась, как таковая, и отсутствуют характерные для этой болезни основные симптомы. Мы ставим, напр., теперь диагноз множествен. склероза в 10 раз чаще, чем при Шарко, а характерную для этой болезни триаду мы находим всего в 8—10% всех случаев множ. склероза. Далее, благодаря новым методам удалось показать схематичность строгого разделения агнозии от апраксии и, наоборот, сопряженность в каждом действии гностических и практических элементов. Открыты гомолатеральные очаги расстройств чувствительности, что должно повести к пересмотру установленных понятий о пересмотре чувствительных путей и к обогащению и расширению наших диагностических возможностей. Дальнейший путь развития невропатологии таков: „Анатомические локализационные точки зрения должны быть дополнены функциональными зависимостями отдельных частей нервной системы между собой и со всем органом и всем организмом в целом, с учетом и гуморальных фактов, играющих огромнейшую роль. Но для того, чтобы это не оставалось пустой абстрактной декларацией, необходимо, засучив рукава, заново взяться с новой методикой за собирание фактов и за теоретическое их освещение и освоение. Но лишь проверка практикой обеспечивает правильность намеченного пути“.

Ив. Галант (Ленинград).

в) Хирургия.

Серотерапия перитонита. M. Gündel und F. Süssbrich (Zentralbl. f. Chir. 1934 г. № 6) разбирают 170 случ. серотерапии перитонитов со смертельным исходом в 18 случаях (10,5%). Для успешного применения серотерапии следует приготовить поливалентную сыворотку кишечной палочки, энтерококков, стрептококков, чаще всего встречающихся при перитоните. Сыворотка из стерильной ампулы (20 к. с.), нагретая до 37°, вводится в конце операции через дренажную резиновую трубку рекордовским шприцем в брюшную полость. Наружное отверстие дренажной трубки закрывается резиновой пробкой и через 6—8 час. пробка удаляется, чтобы дать выход гнойному отделяемому. При тяжелом разлитом перитоните рекомендуется вводить внутривенно 40 см. сыворотки и тотчас после операции—внутривенное введение 20 см. сыворотки с 1000 к. см 5% раствора глюкозы с 2 к. см. Hexeton'a. С профилактической целью и при местных перитонитах рекомендуется в конце операции внутривенно ввести 20—40 к. см. сыворотки с 500—1000 к. с. 5% глюкозы + 2 к. см. Hexeton.

И. Циммерс.

Внутрибрюшное вливание поваренной соли при чистых чревосечениях. Dr Josef Riese (Zentralbl. f. Chir. 1934. № 7), исходя из лечебного действия больших брюшных вливаний при перитоните с профилактической целью усиления резорбции брюшины и наиболее простого и целесообразного способа подвоза жид-

костей при всех больших чрезосечениях (чистых и нечистых), вливал в брюшную полость от 1 до 3 литров физиол. раствора поваренной соли. Автор убедился, что внутрибрюшинное вливание поваренной соли предохраняет от ряда послеоперационных осложнений (высушивание организма с его последствиями: жажда, парез сосудов, послеоперационные спайки и др.) и интоксикаций, также повышает бактерицидную силу организма. Этот способ по своему действию может конкурировать с послеоперационным внутривенным и подкожным вливаниями, так как технически проще, безболезненное и безопаснее.

И. Цимхес.

Пилоропластика при пилороспазме у взрослых. Doz. A. I. Palmén (Zentrbl. f. Chir. 1934 № 6) предлагает при пилороспазме у взрослых производить V-образную пилоропластику.

И. Цимхес.

О резекции глубокорасположенных дуоденальных язв. Prof. A. Ciminata (Zentrbl. f. Chir. 1934) рекомендует при глубокоосидящих язвах 12-перстной кишки рассекать переднюю стенку 12-перстной кишки, резецировать кратер язвы, после чего произвести атипическое закрытие дуоденальной культи с последующей перитонизацией культи с помощью поджелудочной железы и верхушкой сальника. Этот метод с успехом применялся профессором Donati—учителем автора и самим автором в 5 случаях глубокоосидящих дуоденальных язв.

И. Цимхес.

Показания для серотерапии перитонитов. Dr E. Schneider (Zentrbl. f. Chir. 1934. № 6) рекомендует при гнойном воспалении брюшины, независимо от причины возникновения ее, вливать внутрибрюшинно поливалентную сыворотку с одновременным внутривенным введением виноградного сахара. При больших брюшных операциях следует также с профилактической целью, для усиления сил сопротивления организма, применять поливалентную сыворотку с одновременным внутривенным введением виноградного сахара.

И. Цимхес.

К клинике множественного ангиофиброматоза. Dr Hermann Mittelberger (Zentrbl. f. Chir. 1934. № 7) наблюдал случай множественного ангиофиброматоза. Была удалена у больного опухоль, расположенная в membrana interossea лучевой и локтевой костей с частичным поражением локтевой кости. Между грудной и V ребром с внутренней стороны их располагалась еще одна опухоль, которая была удалена. Обе удаленные опухоли, при исследовании, дали типичную картину ангиофиброматоза. Без клинических симптомов со стороны позвоночника, обнаружена у 6-го рентгенологическая компрессия 11 грудного позвонка, вызванная ангиомой позвоночника.

И. Цимхес.

К терапии вывихов надколенника. Dr K.-E. Herlyn (Zentrbl. f. Chir. 1934. № 7), на основании литературных данных и своих собственных наблюдений, считает наиболее ценным методом лечения вывихов коленной чашки, когда путем пластики апоневроза производят смещение надколенника в медиальную сторону и дополнительно аппаратом для вытяжения надколенник фиксируется медиально.

И. Цимхес.

Что такое функциональный метод лечения переломов костей. Dr Carl Deutschländer (Zentrbl. f. Chir. 1934. № 7) под функциональным методом лечения переломов костей понимает возможно ранние общие и отдельные движения конечностей с тем, чтобы возможно раньше вернуть первоначальную функцию конечности. Статические и кинетические движения одинаково ценны и в процессе лечения они должны занимать видное место.

И. Цимхес.

Лечение ожогов бриллиантовой зеленью. Dr Короткин-Новиков (Zentrbl. f. Chir. 1934. № 5) в 48 случаях видел успех после лечения ожогов 1% раствором бриллиантовой зелени. Первые дни обожженная поверхность ежедневно осторожно протирается ватой, смоченной в 1% водном растворе бриллиантовой зелени и остается открытой без повязки под проволочной сеткой, покрытой стерильной марлей. Спустя 3—5 дней после прекращения болей, водный раствор бриллиантовой зелени заменяется спиртовым, сначала 40°, а позже 60°. При помощи последнего раствора рана смазывается до полного закрытия.

И. Цимхес.

К распознаванию и лечению длительных свищей околушной железы. Prof. G. E. Konjetzny (Zentrbl. f. Chir. 1934. № 5) описывает 2 случая хронических свищей околушной железы. В обоих случаях автор наблюдал развитие камней. Рентгенологически, после введенного таргезина или иодицина, удавалось проследить свищевой ход и камни околушной железы. Камни в одном случае—