

правом локте. В остальном, по словам отца, девушка была абсолютно здорова. 17.12 1933 г., через два часа после еды появились вдруг резкая одышка и кратковременная потеря сознания. При поступлении в больницу состояние тяжелое. Оно напоминало острую декомпенсацию сердца, наблюдаемую после переутомления или закупорки венечных сосудов. Состояние ничем нельзя было объяснить—прежде всего отсутствовал порок сердца. Кровяное давление около 100, никаких болей. На основании общих ксантоматозных изменений и отсутствия заболеваний сердца был поставлен предположительный диагноз ксантоматозных изменений аорты с закупоркой венечных сосудов. Несмотря на все предпринятые меры смерть наступила через 12 часов. На вскрытии предположительный диагноз полностью подтвердился. Наряду с макро- и микроскопическими кожными изменениями, характерными для Xanthoma planum и tuberculosum, аорта и крупные артериальные стволы были также резко поражены. Локализация в аорте соответствовала mesaortitis luetica с резким сужением правой венечной артерии и менее значительным в левой коронарной артерии.

Микроскопическая картина имела сходство с обыкновенным артериосклерозом, но все же имелось различие в отношении степени развития процесса. Кроме того в мышечном слое найдено колоссальное количество ксантомных клеток. В этих же местах эластичные и мышечные волокна разрушены. В мышечном слое и в адвентиции найдено много периваскулярных кругло-клеточных инфильтратов. Вследствие молодого возраста больной можно полагать, что в данном случае был истинный ксантоматоз аорты. Ближайшая причина смерти—острое расширение сердца и отек легких.

Т. Шарбе.

Хлористый магний при angina pectoris. M. Vandmann. (Ztschr. f. kl. Med. Bd. 124 H. 1/2 S. 1—14 1933 г.) в клинике Bergmann'a с успехом применял $MgCl_2$ в виде внутривенного вливания 10% раствора для лечения а. pectoris. Сначала вливают по 5 к. с. и постепенно доходят до 10 к. с. Вливания проводятся 3 р. в неделю, всего 12 вливаний. Вливание $MgCl_2$ вызывает во многих случаях а. pectoris уменьшение или прекращение ангинозных жалоб. У 6-ных с повышенным кровяным давлением действие Mg. несколько лучше. Проведено 50 6-ных, из которых некоторые проследжены на протяжении 2-х лет. В 29 сл. значительное улучшение, в 8—проходящее, в 12—без изменений.

Э. М.

d) Эндокринология.

О содержании пролана в гипофизе. (Zondek. Klin. Wochenschr. 1933 г., № 12, 13).

Задняя доля гипофиза у быка свободна от пролана, у человека же она содержит пролан. Только здесь его удается обнаружить в той части задней доли гипофиза, которая прилегает к передней доле. У быка также и эта часть гипофиза совершенно свободна от содержания пролана. Гистологическое исследование показывает, что у людей в эту часть задней доли переходит тяжи клеток из передней доли, которые состоят исключительно из базофильных клеток. По мнению Zondek'a, базофильные клетки продуцируют пролан.

П. Бадюл.

Вегетативная нервная система и яичник. Hirsch-Hoffmann (Zbl. f. Gyn. 1934, № 3) признает взаимодействие между вегетативной нервной системой и яичником. На основании опытов с инъекциями симпатикотропных (адреналин) и парасимпатикотропных (пилокарпин) веществ, а. полагает, что под влиянием симпатикуса задерживается созревание фолликулов и развивается желтое тело, а под влиянием вагуса, напротив, развиваются фолликулы. С другой, стороны, а. устанавливает связь между вегетативной нервной системой и передней долей гипофиза, при чем ее гормон А является ваготропным, а гормон В—симпатикотропным.

П. Маненков.

Лечение базедовой болезни. (I. Gram Wien. med. Wochenschr. 1934 г., № 12). В противоположность токсической аденоме щитовидной железы, которая является преимущественно местным заболеванием, Базедова болезнь есть системное заболевание с участием большинства эндокринных желез и всей вегетативной нервной системы. По мнению автора, оперативное вмешательство, вполне показанное при токсической аденоме, часто является вредным при базедовой болезни. Основной принцип лечения здесь, это—по возможности полное устранение всех вредных физических и психических раздражений, покой и психотерапия. Показано применение в небольших количествах некоторых медикаментов (хинин, овариальные препараты, в небольших дозах препараты из соединений барбитуровой

кислоты), иод и digitalis не рекомендуется давать. Диета с ограничением потребления мяса. В 2000 случаев, леченных по указанному методу и наблюдаемых после лечения в течение 3—10 лет, автор отмечает 91% длительного излечения. Последнее требовало в среднем 15 недель; в 17% случаев обычная работа не прерывалась.

П. Бадюл.

д) Хирургия.

Современные данные о спинномозговой анестезии. Doz. I. Philprowicz (Zentrbl. f. Chir. 1933, № 48) рекомендует избегать спинномозговой анестезии у детей моложе 16 лет, при декомпенсированном и к тому же дегенеративном сердце, резко пониженном кровяном давлении, при старых и свежих заболеваниях центральной нервной системы, мигренях, сепсисе, истощающих болезнях с азотемией и сильным обезвоживанием, при острой форме сифилиса и в поздней стадии беременности.

Следует применять абсолютно свежие растворы новокаина, тропокаина, стоваина без соды и антисептических средств. Допускать вытекание не больше 2—3 капель ликвора, очень продолжительное вытягивание до 4-х объемов анестезирующего раствора и очень медленное введение его.

И. Цимхес.

К дифференциальному диагнозу острого и хронического аппендицита. H. Schmorell (Zentrbl. f. Chir. 1933, № 48) делится опытом применения метода проф. Carli'a из Königsberg'a для распознавания аппендицита. Метод состоит в следующем: больного положить на левый бок; для уничтожения напряжения живота ноги следует притянуть к животу. При ощупывании в таком положении в Макбурневской точке в глубине при аппендиците или хронических раздражениях фиксированного аппендикса более отчетливо выявляется болевая точка, чем при положении на спине. Объяснить этот симптом можно тем, что при положении на левом боку тонкие кишки свешиваются влево, что усиливает болевые ощущения с фиксированных и слепой и отростка. Острые воспалительные процессы придатков не дают этого симптома.

И. Цимхес.

Об оперативном лечении пилороспазма у грудных детей. Prof. I. Ohler (Zentrbl. f. Chir. 1934, № 12), работая в постоянном контакте с педиатрами почти 15 лет, оперировал 42 сл. пилороспазма у грудных детей в возрасте от 26 дней, и до 5 месяцев, чаще двухмесячных. Во всех случаях автор находил препилорический мышечный валик в 1—2 сент. длиной, толщиной с палец. Операция производилась по методу Weber—Ramstedt, часто под местной анестезией. Инфильтрационная анестезия брюшной стенки, небольшой правосторонний парамедиальный продольный разрез, в глубину между волокнами прямой мышцы. При вскрытии брюшины прилежит обычно печень. Обнажается желудок. Сначала осторожно расщепляется привратниковый валик, затем тупым концом скальпеля до зияния привратниковой опухоли и обнажения на достаточном протяжении слизистой. Остановка кровотечения лигатурами или инъекцией вивоколя. Послойное закрытие брюшной стенки. На 42 оперированных случаях автор имел 6 смертей. Во всех остальных случаях наблюдался прекрасный эффект. Спустя 3, 5 и 6 дней прекращалась рвота и дети быстро поправлялись.

И. Цимхес.

Тяжелые поражения нервов после анестезии Plex. brachialis. Dr W. Rascher (Zentrbl. f. Chir. 1933, № 48) на 149 случ. свежих травм и септических процессов на верхних конечностях наблюдал в 3-х случаях после вмешательства под местной проводниковой анестезией по способу Külenkampff'a осложнения—парезы, невриты, что он ставит в каузальную связь с произведенной анестезией.

И. Цимхес.

О применении скорлуповой оболочки птичьих яиц в хирургии. Dr R. Lampe (Zentrbl. f. Chir. 1933, № 50) брал куриное яйцо и после пятиминутного кипячения извлекал внутрискорлуповую оболочку (membrana testacea) и накладывал ее на рану или язв. Получалось быстрое заживление. Автор предлагает применять этот способ 1) при отделении швов сухожилий, артерий; 2) закрытии дефектов твердой мозговой оболочки; 3) замещении ран губ, де-