

зование кетонных соединений, которые под влиянием инсулина исчезают почти немедленно еще ранее, чем гликозурия; в нескольких случаях начинавшейся диабетической комы введение уже небольших доз инсулина устраняло опасность, угрожавшую жизни. Авторы полагают, что инсулин действует на функциональную деятельность печени, увеличивая ее способность образования и фиксирования гликогена. Они отмечают, что в начале лечения инсулином вес тела поднимается вследствие задержания в организме воды, причем механизм происхождения этого отека недостаточно выяснен. *Р. Лурия.*

6) Хирургия.

Ограничение тампонации при гнойных заболеваниях. Для усиления оттока гноя пользуются обычно марлевой тампонадой, но она несовершенна вследствие частого засыхания в кожном отверстии, благодаря чему образуется задержка гноя; кроме того при ней наносится травма, сопровождающаяся повреждением защитного грануляционного вала и болезненностью. Вieg видит в болях протест природы против тампонации; особенно опасна последняя по соседству с крупными сосудами и сухожилиями, которые могут при ней омертветь. Соколов (Вест. Хир., 1923, т. I) рекомендует производить тампонацию после разреза, не столько для улучшения отсасывания, сколько для остановки капиллярного кровотечения и для предупреждения могущего образоваться склеивания краев раны. Безусловно лечить без тампонов автор рекомендует все поверхностные гнойные процессы, распространяющиеся не глубже подкожной клетчатки. Особенно хорошие результаты получены им при лечении гнойных тендовагинитов кисти. При этом Соколов, на основании собственных клинических наблюдений, рекомендует делать не один разрез по средней линии сгибательной поверхности всего пальца с тампонадой, отчего в 83% наступает смерть сухожилия, а, по Кларр'у, 2 маленьких разреза по боковым сторонам сухожилия, без тампонады. Последовательное лечение сводится к горячим ваннам и ранним движениям. Смерть сухожилия при этом способе понизилась у него до 21,5%. *Н. Киптенко.*

Местная анестезия по Gerson'y (Реф. Врач. Газ., 1923, № 10). Кожа смазывается *acido carbolico liquef.* до побеления. Получается анестезия, продолжающаяся 1—2 часа, пригодная для мелких операций. Омертвения кожи при этом не происходит.

Köhler'овская болезнь, под которой описавший ее автор понимал своеобразно развивающуюся первичную дистрофию ладьевидной кости, привлекает за последнее время значительное внимание врачей. Клинически болезнь проявляется, по большей части, без продромальных явлений в детском (5—6-летнем) возрасте значительной болезненностью и слабостью стопы; часто при этом последняя устанавливается в положении супинации; свод повышается; реже свод, наоборот, уплощается; при надавливании особенно болезненна область *ossis navicularis*; нередко наблюдается легкая атрофия мышц голени. При рентгеновском исследовании констатируется

значительное атрофическое состояние ossis navicularis: ядро окостенения ненормально мало, прозрачно, с неясными контурами. Abrahamson (Hosp. - Tid., 1921, LXIV) в одном случае типичной Köhler'овской болезни получил прекрасные результаты (быструю оссификацию и рост костного ядра ладьевидной кости) от применения тиреоидина, в виду чего у автора возникает мысль о возможности связи этой болезни с гипофункцией щитовидной железы. Впрочем, другие авторы подозревают в качестве этиологического момента травму стопы, именно, компрессионный перелом самой ossis navicularis или костей tarsi и metatarsi со вторичной дистрофией ладьевидной кости, а Müller (Arch. f. Orthop., 1922, XXI), на основании одного собственного наблюдения, где имелась комбинация дистрофии ладьевидной кости стопы с одновременной полной атрофией головки и шейки бедра при доказанном наследственном сифилисе у 7-летнего мальчика, считает возможным включить в этиологию Köhler'овской болезни также и lues. Ближайшими же причинами клинических симптомов Köhler'овской болезни следует считать ненормальную податливость и пониженную сопротивляемость ossis navicularis pedis в отношении неблагоприятно для нее складывающихся механических условий отягощения, в виду чего при лечении этого заболевания необходимо прежде всего позаботиться о разгрузке стопы, а затем и об усилении кальцификации скелета.

М. Фридланд.

„Недостаточность позвоночника“. Под таким названием Schanz (Die Lehre von den statischen Insufficienterkrankungen u. s. w., Stuttgart, 1921) пытается обосновать новую нозологическую форму, под которой он понимает первичное заболевание позвоночника, возникающее на почве статического переобременения и проявляющееся клинически чувством утомления, боли, а также воспалительными явлениями: отеками, ригидностью мускулатуры и т. под. явлениями. Это заболевание, будучи, таким образом, весьма похоже на инфекционный спондилит, отличается от него главным образом тем, что при „недостаточности позвоночника“ невозможно доказать участия инфекционного момента. Попытка Schanz'a встретила, однако, весьма строгую критику со стороны Paueg'a (Arch. f. klin. Chir., Bd. 113) и Hass'a (Arch. f. Orthop., Bd. 21), который на основании тщательного рентгенографического исследования 100 сл. „недостаточности позвоночника“ мог установить, что в 19 сл. имели место malacia и рахит, в 17 сл.—spondylitis deformans, в 14—туберкулезный спондилит, в 12—kyphosis dorsalis juvenilis, в 8—травматические изменения, в 6—spondylitis ankylopoetica, в 2—страдания бронх. желез, и лишь в 22 сл. нельзя было доказать патолого-анатомических изменений, что, однако, по Hass'y, могло зависеть не от „недостаточности позвонков“, а от недостаточности диагностического метода.

М. Фридланд.

Диатермия при стриктурах. Рубцовые стриктуры пищевода, прямой кишки или уретры лечат консервативным и хирургическим путем часто с осложнениями, угрожающими жизни больного. Picard (Klin. Woch., 1923, № 39) рекомендует применение при упомянутых