

10) L u c k e Н. (Ztschr. f. kl. Med. Bd. 125, Н. 3—4, S. 361—369, 1933), обсуждая вопрос о возможности *длительного понижения сахара крови путем денервирования надпочечников*, на основании своих исследований приходит к выводу, что в методе денервирования надпочечников теоретически имеется зерно истины. Однако, практически этот метод навряд ли может считаться пригодным для лечения диабета. Он не дает длительного эффекта, так как уже через 3—4 недели после операции можно на основании исследования действия контра-инсулярного гормона передней доли гипофиза на сахарную кривую доказать, что нервные пути надпочечников снова восстановились.

Э. М.

11) Исследуя *молочную к-ту и сахар в крови в экссудатах и трансудатах*, J. Friesz и E. Mohos (Dtsch. Arch. f. Klin. Med. Bd. 173, Н. 5, S. 545—549, 1932 г.) нашли, что в экссудатах содержание молочной кислоты выше (в среднем в 4 раза), а содержание сахара значительно ниже (в средн. на $\frac{1}{2}$), чем в крови. Увеличение молочной к-ты происходит за счет гликолиза сахара ферментами лейкоцитов (вследствие чего в экссудатах, богатых лейкоцитами, находят большие количества молочн. к-ты). В трансудатах количество сахара и молочной к-ты почти такое же, как в крови (здесь нет гликолиза). В канкрозных экссудатах количество молочн. к-ты в среднем на 70% выше, чем в крови, но сахар не как в экссудатах, а как в трансудатах (т. е. почти как в крови). Следовательно при этом молочная кислота не является результатом гликолиза. Увеличение количества молочн. к-ты при раке является результатом обмена в опухолевой ткани (сильное образование молочной к-ты клетками). Т. образом увеличенное, но не резко, содержание молочной к-ты в экссудатах по сравнению с кровью, наряду с почти равным с кровью содержанием сахара, говорит за раковое происхождение исследуемого экссудата. Так как исследование молочной к-ты довольно сложное, то аа. считают достаточным для клинических целей исследование одного только сахара,—если сахар в экссудате значительно ниже, чем в крови, то это говорит за воспалительный экссудат, если же разница незначительна, то за канкрозное происхождение экссудата.

Э. М.

г) Педиатрия.

12) *Пептические язвы у детей* часто обнаруживаются при помощи рентгено-логического исследования в детских клиниках. В острой форме язвы встречаются и у грудных детей, у которых имеются различные признаки вроде мелёны, болезненности в подложечной области, рвоты и т. д. У детей, начиная с 9 летнего возраста Kennedy R., (Jouч. of pediatr. 2. P. 641. 1933) находил уже более типичную клиническую картину, которая во многом напоминает язву у взрослых.

Р. Гасуль.

13) *О продромальном периоде кори*. D-r Ludwig Veilchenblau. (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. 54, Н. 6) приводит свои наблюдения (в количестве 1¹), на основании которых он дает новые опорные пункты для ранней диагностики продромальной стадии кори: в некоторых случаях эпидемии кори он находил в зеве ребенка нежный налет на обеих миндалинах, имевший вид как будто ребенок только что поел шоколад, кроме того, прощупывались с обеих сторон нижней челюсти регион. увеличенные лимфатические железы, величиной с ядро сливы. Пятна Коплика могли не быть. Такой нежный налет он находил в незначительном числе случаев. Напротив, увеличение лимфатических желез позади угла нижней челюсти он находил во всех случаях продромы кори, при чем железы были припухшими, чувствительными, величиной с ядро сливы или зерно миндаля. т. е. в одном направлении (продольном) больше, чем в другом. Такая форма распухших лимфатических желез отличает продромальный период кори от обычной ангины, при которой железы бывают круглые и величиной с ядро вишни, в чем автор неоднократно мог убедиться. Опухание лимфатических желез может оставаться спустя еще 3—4 недели после окончания кори. В случаях амбулаторной кори (без сыпи, с небольшим повышением т/ры и явлениями бронхита) автор всегда находил вышеупомянутые железы распухшими, имеющими своеобразную форму. Он считает, что на начальную стадию кори, как заболевание миндалин—должно быть обращено внимание больше, чем это было до сих пор. Далее автор высказывает предположение о том, не явилось ли бы возможным в первые дни после предполагаемого

заражения ребенка корью, в целях предохранения его, помешать развитию у него инкубационного периода, освещать миндалины и регионарные лимфатические железы рентгеновскими лучами, так как предполагается, что миндалины являются входными воротами для инфекции.

Близови. (Свердловск).

б) Хирургия.

14) О функциональной пластике при грыжесечениях. W. S. Kofman (Zentralbl. f. Chir. 1933. № 51) при прямых паховых грыжах и рецидивных предлагает замещать дефект брюшной стенки следующим путем: вырезывается четырехугольный лоскут апоневроза на ножке кверху медиальнее наружного пахового кольца и затем после удаления мешка образованный лоскут апоневроза своим вытянутым наружным краем подшивается к пупартовой связке, а внутренним и нижним—закрывает дефект в апоневрозе.

И. Цимхес.

15) Tammann и Deutelmöser (Zbl. Chir. 1934, № 9) описывает 27 случаев удаления селезенки.

1. В 5 случ. спленэктомия была произведена по поводу разрыва селезенки. 2 б-х умерло, 3 б-х находятся под наблюдением от $1\frac{1}{2}$ до 14 лет. В первые месяцы после удаления селезенки у этих больных в крови наблюдалось большое количество эритроцитов с тельцами Jolly, которые лишь с годами почти совершенно исчезали. Полиглобулия не наблюдалась. Количество Hb и Eг достигало нормы, а резистентность Eг не изменялась. Количество кровяных пластинок и время свертывания крови оставались без изменений. В 2 сл. Blutungszeit было чрезвычайно ускорено. Во всех 3-х случаях оставался лимфоцитоз (40—60%).

2. 8 б-х были оперированы по поводу гемолитической желтухи и все перенесли спленэктомию. Срок наблюдения от $1\frac{1}{2}$ до $10\frac{1}{2}$ лет. У этих больных наблюдалось уменьшение резистентности Eг, количество гранулированных Eг с течением времени значительно уменьшалось, между тем тельца Jolly долго еще находились в крови. В одном случае ($0\frac{1}{2}$ лет после операции) L = 16.500. Вилирубин крови—норма, уробилин и уробилиноген отсутствовали.

3. 2 б-х оперированы по поводу эссенциальной тромбопении. Один умер через несколько часов после операции; другой больной находится под наблюдением 10 лет, у него существенных изменений со стороны крови не было.

4. Двое детей были оперированы по поводу болезни Gaucher'a, срок наблюдения от $5\frac{1}{2}$ до 8 лет. Психическое и физическое развитие—норма, печень значительно уменьшилась, пигментация кожи совершенно исчезла, изменений со стороны костной системы не было.

5. Из 2-х больных с болезнью Banti один умер в конце операции, другой находится под наблюдением 12 лет.

6. Один больной (клинический диагноз—закупорка d. choledochii) находится под наблюдением 4 года.

7. Больной с миелоидной лейкемией (вес селезенки 2,7 кг). Умер через несколько дней после спленэктомии.

8. Из 2 б-х с пернициозной анемией один умер тотчас после операции, другой находится под наблюдением 4 года.

9. В последней группе спленэктомий 4 неясных случая, среди которых у одного больного была блуждающая селезенка. У этого б-го, оперированного 27 лет тому назад, все еще были тельца Jolly в крови.

В. Пшеничников.

16) Hirosh Shiinoda. Успешная экстирпация большого, солитарного туберкула мозга. (Mith. med. akad. Kioto, т. 9, кн. 1, 1934). Количество хирургически леченных случаев мозговых опухолей в Японии едва достигает 50. А. оперировал 23-летн. мужчину по поводу опухоли мозга в области Gyrus centr. ant. sinistra. Местная анестезия. Опухоль, как и ожидалось, находилась в глубине, величиною с детский кулак. Гистологически—солитарный туберкул. Заживление регрессив. В течение нескольких недель пациент оправился совершенно.

Т. Шарбе

17) К лечению переломов позвонков. Prof. H. Helferich (Zentralbl. f. Chir. 1933. № 50) для лечения переломов предлагает не накладывать гипсовых корсетов,