

копии достигает при туберкулезе, причем следует допустить, что лимфоциты эти — не гематогенного происхождения, а образуются в брюшной полости, т. к. кровь у этих больных повышенного содержания лимфоцитов не обнаруживает. А. Т.

213. *Значение стереоскопических рентгеновских картин.* Д-р Frey (Zentr. f. Chir., 1927, № 6) указывает на преимущества рентгеностереоскопии для определения положения инородных тел, положения отломков при переломах костей и повреждениях суставных тел. Особенно ценна стереоскопия при исследовании ребер, позвонков, черепа, где многочисленные, одна на другую налегающие тени зацугивают картину, и незначительное отклонение от нормы не может быть определено рентгенограммой. Стереография очень ценна также для определения камней почек, пневмографии, миелографии и энцефалографии. П. Цимхес.

214. *К патогенезу и клинике послетифозного воспаления реберных хрящей.* Д. А. Васильенко (Днепропетр. М. Ж., 1926, № 7—8) убедился, что в основе этого воспаления лежит внедрение паратифозной палочки N<sub>1</sub>. Послетифозное воспаление реберных хрящей поражает суб'ектов лишь в возрасте старше 20 л., когда в хрящевой ткани образуются полости с капиллярными сосудами, способствующими оседанию и размножению здесь инфекции. С этих-то полостей и начинается воспалительный процесс, приводя далее к постепенному замещению хрящевой ткани костной, почему наиболее соответствующим патологической сущности процесса будет название chondritis profunda ossificans. С лечебными целями здесь лучше всего применять комбинацию радикального иссечения пораженных хрящей с аутовакцинацией, а в ранних случаях можно ограничиваться лишь этой последнею. В. С.

215. *О кровотечениях после гастро-энтеростомии.* Jungblüth (Zentr. f. Chir., 1927, № 10), наблюдавший кровавую рвоту через два часа после произведенной по Bierу операции, без сшивания слизистой, полагает, что кровотечение это было из желудочной стенки, а не из язвы, так как во время операции последней не касались. Появляющаяся через 2 часа рвота свежей кровью указывает на то, что перерезанные артерии, прижатые кишечными зажимами, не будучи замечены во время операции, не были перевязаны, что и дало позднее кровотечение. П. Цимхес.

216. *Желудочно-кишечные кровотечения после аппендэктомии.* Разбирая вопрос о ближайших осложнениях после операции аппендэктомии, М. В. Михайлов (Рус. Клин., 1926, № 29) обращает среди них внимание на желудочно-кишечные кровотечения. В материале Московской Басманной больницы такие кровотечения были 4 раза на 2000 аппендэктомий, т. е. в 0,2%. Для объяснения их происхождения предложены две теории: септико-инфекционная и тромбо-эмболическая, причем последняя является наиболее вероятною. Смертность после желудочных кровотечений достигает 58%, после кишечных — 28%. Терапия: покой, абсолютное голодание, лед на живот, морфий и адреналин под кожу, инъекции антидифтеритной сыворотки, внутрь желатину и др. кровоостанавливающие средства. Р.

217. *О лечении гнойных процессов на лице впрыскиванием собственной крови.* Д-р R. Hünze (Zentr. f. Chir., 1926, № 16; 1927, № 4) в 4 случаях карбункулов лица производил впрыскивание собственной крови больных в окружность нарывов и получал без разреза полное выздоровление. П. Цимхес.

218. *Лечение гнойных перитонитов* Ramperl (Med. Klin., 1926, № 37—38) проводит следующим образом: возможно ранняя операция, причем, если обстоятельства позволяют, полезно провести предварительную подготовку больного наперстянкой, кофеином и внутривенным введением 20 куб. с. 40% раствора виноградного сахара, чтобы уменьшить опасности наркоза для сердца; место разреза выбирается в зависимости от локализации процесса; перед вскрытием брюшины рана смазывается перувианским бальзамом; при разлитом перитоните брюшная полость промывается; если инфекционный очаг можно надежно выключить, дренаж не обязателен; швы проволочные. Осторожное растяжение жома прямой кишки после операции облегчает отхождение газов и кала. Полусидячее положение по Roseg'у уменьшает боли и облегчает дыхание. Дыхательная гимнастика, камфора, игалазия физиологического раствора NaCl предупреждают развитие пневмонии и образование тромбов. Как профилактическое средство против тромбов, полезно обильное питье с лимоннокислым натром, а также перевязка v. saphenae magnaе.

Послеоперационные пневмонии нередко купируются введением 40 куб. с. собственной крови больного интрамускулярно. При коллапсах полезны капельные клизмы и капельные длительные интравенозные вливания физиологического раствора NaCl с примесью адреналина или камфарного спирта. Если, несмотря на глицериновые клизмы и применение питуитрина, опорожнения кишечника не наступает, показано наложение кишечной фистулы.

А. Тимофеев.

219. К технике радикальной операции паховых грыж. С. В. Гольдберг и В. И. Сухов (Вест. Хир. и Погр. Обл., 1927, кн. 25) с успехом применили в 52 случаях паховых грыж у мужчин измененный способ Bassini, заключающийся в замене шва на мышечный пласт и апоневроз сшиванием однородной ткани—мышцы с мышцей. Для этого снятый во время операции с семенного канатика m. cremaster сшивался с m. obliquus internus и rectus, после чего канатик укладывался на созданное из мышц дно, и поверх его апоневроз m. obliqui externi сшивался с пупартовой связкой в виде двухбортного жилета. И. Цимхес.

220. О швах после удаления червеобразного отростка. Д-р R. Frank (Zentr. f. Chir., 1927, № 8) предлагает после удаления аппендикса накладывать на слепую кишку нежный кишечный жом. Этот жом дает возможность подтянуть в рану и легко фиксировать необходимую нам стенку кишки, чтобы перитонизировать и наложить швы на культю червеобразного отростка. И. Цимхес.

221. Образование свищей и нагноение швов после операции зоба. Eichel-ter (Arch. f. klin. Chir., Bd. 144, H. 1) наблюдал у 30—60% больных, оперированных по поводу зоба, раннее или позднее отхождение швов, в 74% ведущее к образованию свищей, не заживавших до 3-х лет. Для уменьшения процента такого рода осложнений автор предлагает применять катгутные лигатуры и обследовать состояние зубов, миндалин и лимфатических желез шеи, так как инфекция по открытии кровеносных и лимфатических путей легко проникает в операционное поле и может повести к вторичной инфекции. И. Цимхес.

## г) Офтальмология.

222. О генезе глаукомы. Nordenson (по реф. Zentr. f. g. Ophth.) обращает внимание на то, что лишь теория, кладущая в основу глаукомы изменения стекловидного тела, удовлетворительно объясняет происхождение мелкой передней камеры глаза при этой болезни. Именно, диафрагма линзы, вследствие набухания стекловидного тела, отодвигается вперед, стесняет угол передней камеры и т. д. Причиной набухания и увеличения объема стекловидного тела при глаукоме служит задержка в нем воды или механическое затруднение оттока последней через диафрагму линзы. Если диафрагма линзы поддается давлению со стороны стекловидного тела, то угол передней камеры, как сказано выше, будет закрыт, и развивается острая глаукома. Если же диафрагма линзы выдерживает это давление, то сила обращается на задние отделы глаза, преимущественно на область решетчатой пластинки, внутриглазное деление является менее повышенным, т. е. угол передней камеры свободен, и получается форма простой глаукомы. Наконец, в тех случаях, где диафрагма мало по малу поддается давлению со стороны стекловидного тела, развивается хроническая воспалительная глаукома. С точки зрения этой теории будет совершенно понятна польза операции иридэктомии при острой глаукоме и отсутствие ее эффекта при хронической глаукоме. При этой последней форме теоретически должна быть полезна задняя склеротомия, которая, к сожалению, опасна; точно также здесь уместны пункции стекловидного тела, высасывание его и удаление линзы. Удачные же результаты циклодиализа не находят себе объяснения с точки зрения этой теории. Что касается лекарственного лечения, то влияние шуотиса при глаукоме понятно лишь по отношению к острой ее форме. На лечение же хронической глаукомы автор смотрит очень пессимистически, ибо операции на глазу впереди диафрагмы линзы здесь противопоказаны, операции на задних отделах глаза опасны, а шуотиса здесь имеют значение лишь как средства, предупреждающие переход простой глаукомы в воспалительную.

В. Адамюк.

223. К этиологии катаракты. Weil и Nordman (Annal. d'ocul., 1926), разбирая связь между катарактой и общим состоянием организма и сопоставляя различные теории, существующие на этот счет, находят, что иногда причиной катаракт является уменьшение содержания в крови кальция. Авторы продолжают разрабатывать этот вопрос.

В. А.