

265. К оперативному лечению желчных камней. Dührssen (Arch. f. klin. Chir., Bd. 145) приводит результаты 600 операций этого рода, произведенных в клинике Hildebrand'a. Общая смертность при них определяется в 10⁰/₀, причем простая холецистэктомия дала 4,9⁰/₀ смертности, а холецистэктомия с дренажем ходов—7⁰/₀.

И. Цимхес.

266. Заворот желудка. Becker (Arch. f. klin. Chir., Bd. 145) различает поворот желудка (torsio) и заворот его (volvulus), ведущий к непроходимости желудка. Поворот желудка есть увеличение физиологического его движения, он никогда не ведет к бурным явлениям. Заворот желудка может быть или в продольном, или в поперечном направлении. Предрасполагающими моментами его служат: состояние связок желудка, переполнение последнего, усиленная перистальтика и антиперистальтика, вздутие кишек, диафрагмальная грыжа и паралич диафрагмы. Напряжение брюшного пресса, рвота и травма могут быть внешними причинами заворота. Заворот желудка встречается очень редко у детей, значительно чаще у взрослых и стариков. Клинически он проявляется внезапным, быстро растущим вздутием желудка, напряженностью и шумом плеска, как проявлением наличия жидкости и газов. Задержки газов и стула при этом не наблюдается, но выступают невозможность глотать, удушье, сведение пальцев, сильные боли приступами в области сердца, тяжелый шок и падение сил в короткое время. Смешать это заболевание можно с сужением привратника, прободным воспалением брюшины, заболеваниями поджелудочной железы и высокой непроходимостью кишек. Вследствие бурных клинических явлений больные при завороте желудка обращаются обычно к врачебной помощи сравнительно рано, и прогноз поэтому здесь не так уж плох. Оперативный успех получается часто уже после обратной установки желудка на место.

И. Цимхес.

б) Офтальмология.

267. К диагностике иридоциклита. Fischer (Kl. M. f. Aug., 1925, Bd. 74) рекомендует для диагностики ранних стадий иридоциклита, который в этих стадиях иногда бывает очень трудно распознать, руководствоваться наличием боли при аккомодации. Этот признак именно вначале заболевания много важнее, чем общеизвестный симптом циклита—боль при надавливании пальцем на область цилиарного тела. В дальнейших стадиях иридоциклита бывает наоборот. Автор объясняет это тем, что вначале болезни воспаление захватывает не все цилиарное тело, а локализуется очагами, и конец давящего пальца может и не попасть на них, между тем как акт аккомодации, даже слабый, несомненно раздражает нервные окончания в цилиарном теле.

Проф. В. Адамюк.

268. К лечению тbc пораженной глаза. Veausamp (Zeit. f. Aug., V. 59, H. 4/5) применял при лечении ирита, хориоидита, керато-конъюнктивита и других поражений глаз тbc характера per os парциальный антиген von Deysk'a, причем из 50 случаев, леченных таким способом, получил излечение в 11, улучшение—в 27, рецидив—в 6 и отсутствие результата—в 6. Шесть растворов средства различной концентрации употреблялись автором в виде капель, в постепенно повышающейся дозе, по определенной схеме, один раз в день натошак; при этом, если т⁰ у больных поднималась выше 38⁰, лечение или прерывалось, или останавливалось на прежней дозе. В антигене von Deysk'a, применяемом per os, автор видит хорошее средство в борьбе против тbc глаз, которое может быть применяемо даже амбулаторно и давать успех в тех случаях, где лечение напр., Alt-туберкулином остается безрезультатным. В виду этого В. призывает к дальнейшим испытаниям этого средства.

Е. Волженский.

269. Некролизин в глазной практике. Loos (Zeit. f. Aug., V. 59, H. 4/5) предлагает проводить лечение гнойных фистул слезного мешка, а также липозных и карциноматозных процессов в этой области, некролизином—препаратом, который обладает сильным протеолитическим действием, благодаря чему уничтожает грануляции, поддерживающие нагноение. Препарат применяется в виде палочек, пасты и мелкого порошка, которые вводятся в полость свища, покрывается цинковым пластырем и оставляется на 3—4 дня. Приведенные 4 истории болезни со свищами слезного мешка различной этиологии подтверждают благоприятный результат, получаемый от применения этого средства.

Е. Волженский.

в) Стоматология.

270. Спирохэтозы полости рта. По наблюдениям проф. Д. П. Гринева (Одонт. и Стомат., 1927, № 1) при некоторых заболеваниях полости рта спирохэты встречаются в большом количестве и, может быть, являются специфическими воз-