

354. *Клиническое значение реакции Votello при раковых новообразованиях.* Г. А. Васильев (Нов. Хир., № 3, 1927), исследовав 277 сывороток, в том числе 80 взятых от заведомо раковых больных, нашел, что реакция Votello не может считаться специфичной для рака. В диагностическом отношении она не является ценной, так как в начальных стадиях рака, как правило, дает отрицательные результаты; положительные же результаты ее получаются почти исключительно в случаях, далеко зашедших, где заболевание резко отражается на общем состоянии организма и легко диагностируется. И. Цимхес.

355. *Эозинофилия при раздражении плевры, брюшины и подкожной клетчатки.* На основании клинических и экспериментальных наблюдений В. А. Равич-Щербо (Гр. клиник Ворон. У-та, т. II) находит, что воздух, введенный в подкожную клетчатку как человека, так и здоровой собаки, является агентом, вызывающим эозинофилию, а будучи введен в полости плевры и брюшины, он у здоровой собаки эозинофилии не вызывает. Возникает эозинофилия и под влиянием введения воздуха в полость плевры у больного с легочным тбс, а равно, если воздух вводится в плевру и брюшину здоровой собаки в комбинации с парами скипидара. И. Цимхес.

б) Внутренние болезни.

356. *Гипертония у молодых людей.* Большая часть случаев гипертонии при отсутствии почечных заболеваний падает на людей, перешедших 4-й десяток лет жизни. Однако сравнительно нередко, по наблюдениям Моогга и Воита (Münch. med. W., 1927, № 1), эссенциальная гипертония, с давлением в 145—215 мм. ртутн., наблюдается и у молодых субъектов. Гипертония эта выражается у последних такими же субъективными расстройствами, как и у пожилых людей, но нередко вовсе не дает никаких припадков. Авторы особенно часто наблюдали ее у молодых субъектов с признаками аномальных конституций,—астеников и подагриков, и это заставляет их видеть в гипертонии у молодых людей результат наследственного предрасположения. Интересно, что, несмотря на длительное существование гипертонии, у подобных субъектов лишь редко наблюдается, и то легкая, гипертрофия левого сердца. Р.

357. *Лечение серозного плеврита аутоинъекциями.* Hartogh (Nederl. Tijds. voor Genees., 1926, № 24) в 4 случаях экссудативного серозного плеврита получил хорошие результаты от подкожного впрыскивания серозного экссудата, добытого у больных. Автор видит здесь комбинацию вакцинотерапии и протениновой терапии. Р.

358. *К лечению язв желудка.* Необходимым условием для быстрого заживления язв желудка является полный покой как самого желудка, так и верхнего отрезка кишек. Чтобы добиться его, Tillmann (Münch. med. Woch., 1927, № 3) рекомендует в течение 10—12 дней питать больного исключительно путем внутривенного введения раствора виноградного сахара (5,00 на 1000,0 физиологического раствора); раствор этот вливается по утрам в течение 20—30 мин., а вечером больному делается капельное вливание в rectum 1 литра воды. После 10—12 дней больному начинают давать слизистые супы в постепенно возрастающем количестве (от 200,0 до 1000,0), а затем переходят на смешанное питание. Р.

359. *Аппендицит и пилороспазм.* На основании собственных наблюдений и литературных данных С. Л. Фельдман (Днепр. Мед. Ж., 1927, № 5—6) находит, что аппендицит может рефлекторно вызывать спазм pylori, причем спазм этот зачастую вызывается хронической бессимптомной формой аппендицита. Автор различает в пилороспазме 3 стадии: начальную, при которой стенка привратника мало изменена, предъязвенную—с гипертрофией мышц желудочной стенки и стенозом просвета и язвенную. При первой стадии уже одной аппендэктомии бывает иногда достаточно для освобождения больного от его страданий. Операцией выбора при пилороспазме автор считает пилоропластику по Heinecke-Mikulicz'y,—если нужно обследовать изнутри стенку pylori, и пилоропластику по Брайцеву или пилоромиотомию по Раугу,—если такое обследование не нужно. Р.

360. *К дифференциальной диагностике между диабетической и гипогликемической комой.* По Wichmann'y (Münch. med. Woch., 1927, № 4) отличить эти два состояния не всегда бывает легко. Автор советует обращать внимание на пульс, который при диабетической коме бывает част и мал, но правилен, при

гипогликемической же учащен, неправилен и аритмичен. При гипогликемической коме часто наблюдается, далее, диплопия, и t° бывает ниже 36° , тогда как при coma diabeticum t° обычно бывает выше 36° . Р.

361. *Лечение бронхиальной астмы.* По Wittkower'y и Petow'y (Zeit. f. klin. Med., Bd. 104, N. 3/4) маленькими дозами атропина (не более 0,4 mgr. pro die) можно добиться при бронхиальной астме столь же хороших результатов, как и большими, без неприятных последствий, свойственных этим последним. Удобно атропин при бронхиальной астме назначать вместе с папаверином, кофеином и камфарой (0,5 куб. с. 200/0 камфарного масла). Р.

362. *Лечение отравления грибами.* Haue'r (Wiener kl. Woch., 1926, № 44) рекомендует для этой цели апоморфин, обычно в дозе 0,005, причем употреблять надо лишь неразложившиеся, розово-красные растворы этого средства. Промывание желудка надо производить лишь после опорожнения его, ибо более обильные кусочки грибов обыкновенно уже с самого начала закупоривают просвет зонда и делают попытки промывания безрезультатными. Для поднятия сердечной деятельности у отравившихся автор рекомендует кардиазол, для возбуждения дыхательного центра—лобелин. В. С.

б) Хирургия.

363. *Смертельные исходы после люмбальной анестезии новокаином-супрарениновым раствором.* M. Frenke (Deut. Zeit. f. Chir., Bd. 202, N. 4) наблюдала два таких случая, причем в одном оказался status thymico-lymphaticus, а в другом развился паралич обеих нижних конечностей и недержание кала и мочи. Автор приписывает эти осложнения супраренину. И. Циммерс.

364. *Местная анестезия при экстирпации грудной железы.* Л. А. Андреев (Жур. Совр. Хирур., 1927, вып. 1) предлагает при этой операции производить анестезию plexus brachialis по Külenkam'p'f'y, интеркостальную анестезию шести верхних межреберных нервов и впрыскивания в медиальную часть операционного поля. Последние начинают от асептиона по ключице до ее прикрепления к грудине, далее—по парастеральной линии до реберной дуги и по реберной дуге—до точки укола на VIII ребре. И. Циммерс.

365. *О производстве тлевосечений* на основании своего опыта сообщают Graу и H. Tyrell (по Berich. u. d. g. G., Bd. XI). Авторы являются противниками морфия в качестве подготовительного средства перед наркозом и отдают предпочтение эфирному наркозу с предварительной подготовкой больного атропином. Голодную диету, слабительные и клизмы перед операцией они считают ненужными. Для уменьшения послеоперационной ацетонемии целесообразно назначение богатой углеводами пищи в последние сутки перед операцией. Авторы приписывают брыжжейке важную физиологическую роль при защите органов брюшной полости от раздражений, возникающих в связи с нарушением нормальных отношений в области желудочно-кишечного тракта. В норме это защитное приспособление начинает действовать всякий раз, когда человек принимает вертикальное положение; тогда опускающиеся вниз кишечные петли натягивают брыжжейку и раздражают ее Pasi-p'евы тельца, в результате чего получается рефлекторное сокращение брюшной стенки, дающей опору опускающимся внутренностям. Аналогичные явления происходят при воспалительных и травматических раздражениях sub operatione, вследствие чего создается налицо сокращение брюшной стенки, паралич кишечника и спазм pylorus'a. В соответствии с такими представлениями авторы различают ileus активный, который является защитным, и ileus паралитический, с которым следует бороться. Этими взглядами определяются также принципы ведения послеоперационного периода, которые сводятся к созданию покоя брюшной стенки и кишечника дачей морфия и воздержанием от твердой пищи. Обильная рвота, являющаяся следствием выделения через желудок примененного для наркоза средства, может быть прекращена с помощью адреналина и приемов Na bicarbonici. При операциях в верхних отделах брюшной полости, которые ведут иногда к осложнениям со стороны легких, вследствие нарушенной деятельности диафрагмы, авторы принципиально вводят на 48 ч. резиновый дренаж. В качестве профилактических средств против паралитического ileus'a рекомендуется питуитрин и тепло на живот. При развившемся ileus paralyticus нужна операция в виде ileo-или coecostomi'i. А. Тимофеев.

366. *Невротомия по Молоткову.* Н. Н. Соколов (Deut. Zeit. f. Chir., Bd. 202, N. 4) думает, что перерезка чувствительных нервов вокруг раковой опу-