

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'у и Petow'у (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.* Haueг (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 обьемистые 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. Цимхес.

364. *Местная анестезия при экстирпации грудной железы.* Л. А. Андреев (Жур. Совр. Хир., 1927, вып. 1) предлагает при этой операции производить анестезию plexus brachialis по Küllenkamрf'у, интеркостальную анестезию шести верхних межреберных нервов и впрыскивания в медиальную часть операционного поля. Последние начинают от acromion'a 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. Цимхес.

365. *О производстве чревосечений* на основании своего опыта сообщают Graу и H. Tugell (по Verich. 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 Pаспиревы тельца, в результате чего получается рефлекторное сокращение брюшной стенки, дающей опору опускающимся внутренностям. Аналогичные явления получают при воспалительных и травматических раздражениях sub operatione, вследствие чего создаются 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-

холи в некоторых случаях не влияет на рост и структуру последней, в других же стимулирует ее рост, ослабляя одновременно организм; поэтому применение данного способа должно ограничиваться исключительно неоперабельными случаями, для уменьшения болей. При вялых хронических трофических язвах невротомии по Молоткову, как правило, оживляет грануляция, вызывает обильную эпителиализацию и в короткое время приводит к заживлению ран.

И. Циммес.

367. *Отдаленные результаты хирургического лечения варикозных расширенных вен нижних конечностей.* Н. И. Блинов (Жур. Совр. Хир., 1927, вып. 1) приводит сведения о таких результатах у 50 больных, оперированных разными способами в клинике проф. Гессе. Наилучшие результаты дало полное удаление *v. saphena magna* на бедре и голени; при этом подкожная вена обязательно должна быть перевязана у самого впадения ее в бедренную, дабы не получилось слепого мешка из культи *saphen'y*; кроме того, обнаживши подкожную и бедренную вену, нужно смотреть, нет-ли еще добавочной *saphen'y*, которая, по наблюдениям Гессе и Шаака, встречается в 18%. и перевязка которой дает быстро рецидив. Подкожную вену на голени необходимо по возможности иссекать до конца, т. е. до внутренней лодыжки.

И. Циммес.

368. *Грыжесечение и аппендэктомия.* Mermingas (Zentr. f. Chir., 1927, № 21) полагает, что при каждом правостороннем грыжесечении надо стремиться удалить червеобразный отросток; равным образом и при каждой аппендэктомии (предпринимаемой в холодном периоде) нужно заботиться о профилактическом закрытии внутреннего пахового кольца во избежание развития в дальнейшем паховой грыжи.

И. Циммес.

369. *О рецидивах колик после холецистэктомии.* Н. Нусек (Arch. f. Klin. Chir., Bd. 146, H. 1) на 263 холецистэктомии наблюдал 29 рецидивов колик; каковые рецидивы он объясняет спазмом или в желчных путях, или в соседних желудке и кишках. Происхождение первичных колик автор объясняет главным образом предрасположением организма и раздражением со стороны камней и пр.; могут здесь играть роль и нервные раздражители.

И. Циммес.

370. *О судьбе парафина, впрыснутого в ткани.* Вопрос этот до сих пор еще не вполне выяснен. Большинство исследований по данному вопросу основывается на материале, прослеженном сравнительно небольшое время. Д-р Кутепов (Журн. ушных, нос. и горл. бол., т. IV, №№ 1—2) имел случая исследовать парафиновую опухоль 2-летней давности. При этом оказалось, что впрыснутый в ткани человека парафин вызывает клеточную инфильтрацию; клетки дробят парафин на все более мелкие участки и постепенно рассасывают его; в итоге на месте парафина развивается соединительная ткань, постепенно склерозирующаяся и гиалинизирующаяся. Гигантские клетки не имеют решающего значения в процессе рассасывания парафина.

С. Яхонтов.

371. *Лечение ожогов.* По наблюдениям Я. М. Криницкого (Ленингр. Мед. Ж., 1926, № 8) лечение ожогов мазями и жирными маслами должно быть значительно ограничено. Из всех способов лечения их наилучшими являются либо сухой и притом по возможности открытый способ, либо влажный, с применением антисептических веществ. Сухому способу лучше всего поддаются ожоги I и II степени, полученные от пламени, кислот и кипящей воды; способ этот дает прекрасные результаты при ожогах больших поверхностей, если они не сопровождаются такими осложнениями, как нефрит и интоксикация. Влажный способ лечения, в форме ванн и компрессов из антисептических веществ (растворы марганцовокислого кали, риванола, таннина), заслуживает применения при всех степенях и формах ожогов, особенно при тяжелых формах и, в частности, при ожогах расплавленными металлами.

В. С.

372. *Раннее лечение сужений пищевода после ожога щелочами.* E. E. délyi (Mon. f. Ohr. u. Rhin., 60 Jahr, 7 H.) наблюдал за 3 года 151 новый случай этого рода, где он применил раннее лечение зондированием. У громадного большинства больных результаты получились удачные, и только в одном случае (на 189 проведенных) наблюдался смертельный исход. Предлагая раннее лечение, автор настаивает на том, чтобы при этом соблюдалась величайшая осторожность, исключая всякую схематичность. Малейший под'ем ⁰, расстройство общего состояния, боли в животе и спине, судороги во время или после зондирования—все это требует, чтобы зондирование откладывалось на более или менее продолжительное