

w ska - Hilagowicz (Zentr. f. Chir., 1927, № 24) нашла, что она является неспецифической для злокачественных новообразований и значения для раннего распознавания рака не имеет.

*И. Цимхаес.*

517. *О значении овощей в диете больных.* В течение 6 лет наблюдения над действием соков овощей (капусты, свеклы, цветной капусты, свиней капусты, картофеля) на секреторные функции желудка у 20 людей со здоровыми желудками, у 61—с больными желудками и у 1 собаки с желудком, изолированным по Heidenhain-Павлову, проф. Orłowski (Presse méd., 1927, № 31) пришел к выводу, что соки эти усиливают отделение желудочного сока и повышают в нем общую кислотность, содержание свободной HCl и пепсина, причем усиление работы желудка стимулируется исключительно химическим раздражением со стороны азотистых (небелковых) веществ, содержащихся в овощных соках. Исходя из этих данных, автор, в противоположность другим (Boas, Wegele и Javorski), рекомендуя употребление овощей в случаях гиперхлоргидрии и язвы желудка, считает показанными овощные соки при болезнях желудка на почве гипохлоргидрии, при катаррах кишечника, сопровождающихся поносами вследствие ослабления секреторной деятельности желудка, и других заболеваниях, связанных с потерей аппетита в результате недостаточности слизистой секреции, а также при тbc легких. При желудочно-кишечных заболеваниях автор рекомендует давать овощные соки в супах или пюре перед едой.

*И. Тарнопольский.*

518. *К этиологии и терапии хронических язвенных колитов.* На основании многочисленных наблюдений проф. А. Г. Алексеев (Клин. Мед., 1927, № 17) приходит к выводу, что хронический язвенный колит—микробное неинфекционное заболевание, часто наслаивающееся на бывший до него язвенный процесс (острая багиллярная дизентерия и др. инфекционные колиты). В жарком климате болезнь эта может возникать без предшествовавшего острого поражения кишечника, на почве спастических запоров. Специфической терапии при хроническом язвенном колите быть не может. Симптоматическая терапия в тяжелых случаях оказывается безуспешной, и тогда задача врача заключается в повышении общего состояния больного, что может быть достигнуто путем климатического и санаторного лечения.

*Р.*

519. *Лечение желудочных кровотечений.* Strauch (Deut. m. W., 1927, № 4) при остром кровотечении рекомендует покой физической и душевной, воздержание от морфия, капельные клизмы из поваренной соли или виноградного сока, в течение 3 дней полное воздержание от пищи, при надобности 10% выпрыскивания NaCl и в случае нужды сердечные средства а позднее—эскалин или висмут с белладонной наряду с питательными клизмами, осторожное питание по Leube или Lenhartzu, раннее лечение вторичного малокровия выпрыскиваниями мышьяка или переливанием крови. Спустя около 3 недель, производится возможно точная установка причины кровотечения (х-лучи!). При повторных кровотечениях всего целесообразнее хирургическое вмешательство, для чего необходимо возможно раннее совещание терапевта с хирургом. Из операций наиболее подходит здесь резекция язвы, только не обширная; лишь при невозможности ее или у пожилых и слабых больных уместна гастроэнтеростомия.

*С. С-в.*

520. *К лечению гелиминтиаза.* С. Куракин (Вр. Г., 1927, № 18) в 88 случаях (в 50 сл. при bothriocephalus latus и в 38—при thaenia) произвел изгнание глистов при помощи дуоденального зонда. Накануне больному, после ужина, давалось 40,0 inf. sennae salin., утром ставилась клизма, и натошак вводился дуоденальный зонд—сначала в сидячем положении больного, сант. на 45—50, а затем больной укладывался на правый бок, причем ему предлагалось глубоко дышать и не закусывать зонд зубами. Зонд автоматически, перистальтикой желудка, проходил через pylorus и попадал в duodenum, о чем можно было судить по реакции отсасываемой шприцем жидкости, по получению прозрачной золотистой пробы или по цветной пробе (молоко, метиленовая синька). Удостоверившись, что зонд попал в 12-перстную кишку и обождав еще 5—10 мин., автор вводил посредством 10-граммового шприца 25,0 inf. sennae, потом 1,5—2,5 extr. filicis maris aether. (чтобы экстракт. был не очень густ, автор прибавлял к нему предварительно эфир, в количестве 1½—2 куб. сант. на 5,0 экстракта) и сразу же—еще порцию inf. sennae в 25,0. Из 88 случаев автора положительный результат при

таким способе изгнания глистов получился в 83, отрицательный—в 4, сомнительный—в 1. Описанный способ был применен автором и для изгнания других глистов, а именно, аскарид (17 сл., из них в 15 был введен сантонин и в 2—о. непороди; положительный результат в 11 сл.), власоглава (3 сл., в каждом из них вводился дважды водный раствор тимола по 1,0; результат во всех случаях сомнительный) и остриц (1 сл., с успехом). Р.

### е) Хирургия.

521. *Новое местно обезболивающее средство.* O. Winterstein (Zentr. f. Chir., 1927, № 44) испытал новое средство для местного обезболивания—S. F. 147 и нашел, что оно хорошо растворяется в воде, растворы его не изменяются при стерилизации кипячением, действие их усиливается от прибавки адреналина. S. F. 147 в 3,2 раза менее ядовит, чем кокаин, но в 2—2,5 раза ядовитее новокаина; по токсичности этот препарат приближается т. о. к туокаину. Автор применил его, в 0,2—0,3% растворе с адреналином, в 700 случаях, причем повреждения тканей от этого средства он не наблюдал. П. Цимхес.

522. *Обезболивание поясничного сплетения.* Klarfeld (Zentr. f. Chir., 1927, № 43) сделал 19 паховых, 2 бедренных грыжесечения и одну аппендэктомию под местной анестезией поясничного сплетения по методу Busch'a. Техника: за 20—25 мин. до операции вводят 0,01 морфия под кожу, больной кладется здоровой стороной на операционный стол, ноги его приводятся к животу, и ошупываются Ретіговский треугольник и подвздошная кость, после чего игла шириной глубоко вкалывается через медиальную сторону треугольника по направлению кнаружи вплоть до боковой поверхности позвоночника; после того игла чуть выводится и вновь глубоко вкалывается более наружно—до получения парестезий. Тогда через нее вводится 80—100 к. с. 0,5% раствора новокаина с адреналином. П. Цимхес.

523. *К вопросу о пересадке эндокринных желез.* На основании как клинических наблюдений, так и экспериментальных данных А. И. Оболенская и И. А. Голяницкий (Вр. Г., 1927, № 13—14) пришли к заключению, что попытки лечить недостаточное развитие, атрофию и недостаточную деятельность эндокринных желез путем обычной пересадки аналогичных желез от другого человека или от животных основаны на теоретически-неверном положении, и совершенно естественно, что они либо вовсе не дают никакого результата, либо дают лишь кратковременный эффект. Особенно нерациональны эти попытки в тех случаях, где атрофия или анлазия эндокринных желез являются выражением гибели определенных центров в головном или спинном мозгу. Напротив, при периферическом происхождении их возможно восстановление эндокринной железы, но путем присоединения ее к новому артериальному руслу и снабжения ее нервом, имеющим нормальные центры. Р.

524. *О переливании крови.* Изучив литературу вопроса, д-р Я. М. Крицкий (Лен. М. Ж., 1927, № 7) пришел к заключению, что переливание крови есть один из лучших способов борьбы против дезоксидации и стаза крови, а также против падения кровяного давления, причем наилучший эффект от него получается тогда, когда от начала растрояв прошло не более 1—2 ч. В пред—и послеоперационном периоде оно нередко является необходимою мерою, увеличивающею шансы на успех операции. Особенно необходимо переливание крови при операциях по поводу злокачественных новообразований, а также при травматических повреждениях, связанных с большою кровопотерей. Целью его является повышение свертываемости и вязкости крови, уменьшение токсичности, увеличение гидратации клеток и аэрации крови. За то аутоотрансфузия, по собранным д-ром К. данным, не может быть оправдана ни с теоретической, ни с практической точек зрения. При гемофилии переливание крови является паллиативным средством, не могущим устранить основного патологического процесса, но—наилучшим из всех паллиативных средств. При злокачественной анемии и хлорозе оно не дает эффекта, при хроническом же малокровии вследствие инфекционных болезней дает хорошие результаты. При интоксикациях экзогенного происхождения переливание крови дает эффект в тех случаях, где происходит отравление крови, и требуется восстановить ее аэрацию, причем в случаях отравления различными газами лучше предварительно сделать больному кровопускание, а потом уже перелить ему большое количество крови. При интоксикациях эндогенного происхождения (эклампсия,