

таким способом 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). P.

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. И. 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 шприца 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. И. 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. P.

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,

диабет и пр.) оно является лишь вспомогательным средством, при тяжелых формах ожога дает хорошие результаты, наконец, является большим подспорьем и при инфекциях. Р.

525. *Размягчение рубцов.* Stoelzner (Münch. m. W., 1926, № 50) на основании теоретических соображений и экспериментов пришел к выводу, что наилучшим средством для размягчения рубцов является насыщенный раствор мочевины с прибавкой роданистого калия. Вывод этот был подтвержден клиническими исследованиями Stoye (там же), который нашел, что действительно указанный раствор вызывает сильное набухание соединительнотканых волокон и размягчение рубцовой ткани (по реф. Вр. Г., 1927, № 20).

526. *Оперативное лечение pruritusani.* Vorschütz (Zentr. f. Chir., 1927, № 45) сообщает о двух случаях сильного зуда в области заднего прохода, не поддававшихся консервативному лечению. Иссечение экзематозного участка также не имело успеха. Тогда автор произвел циркумпизию вокруг заднего прохода, глубиную до фасции и мышц, причем после заживления ран вторичным натяжением оба больных избавились от своего страдания. Таким путем автор, очевидно, прервал проводимость чувствительных нервов данной области. П. Цимхес.

ж) Офтальмология.

527. *К этиологии глаукомы.* Производя ряд исследований над субвитальными процессами в изолированном глазе, проф. С. С. Головин (Р. Офт. Ж., 1927, № 7) получил данные, которые вполне подтверждают давно уже высказанные им мысли, что функция регуляции внутриглазного давления принадлежит сосудистым стенкам, и что глаукома есть болезнь, характеризующаяся растройством компенсации внутриглазного давления вследствие изменения физических и физиологических свойств сосудистых стенок. Р.

528. *Лабораторная диагностика трахомы.* Г. Б. Степанов (Проф. Мед., 1927, 8—9) сообщает о результатах исследования на наличие тельца Гоуазек'а 786 случаев, из числа которых в 655 был исследован соскоб с трахомой конъюнктивы, в 58—содержимое фолликулов от трахоматозных больных и в 73 случаях—соскоб конъюнктивы нетрахомных больных. Соскоб брали с конъюнктивы верхнего вывороченного века, ребром плотного покровного или тонкого предметного шлифованного стекла. Взятый материал размывался на стекле, затем ему либо давали высохнуть на воздухе, затем в течение 5—10 мин. фиксировали абсолютным спиртом, либо влажный мазок фиксировали в течение 1—2 мин. метиловым спиртом. В заключение мазок окрашивался в течение 1—2 ч. краскою Giemsa (1 капля на 1 куб. с. воды). При этом протоплазма эпителиальных клеток окрашивалась в светло-голубой, ядро—в красно-фиолетовый, ядрышки—в светло-голубой (интензивнее протоплазмы) или синий цвет, тельца Гоуазек'а—в такой же цвет, как и ядрышки. В наибольшем % (76,2%) тельца эти были обнаружены в случаях ранней трахомы, вторая стадия трахомы дала 65,2%, а рубцовая трахома—лишь 19%. В содержимом фолликулов тельца не были обнаружены ни разу, в конъюнктиве нетрахомных больных они были встречены в 4 сл. из 73 (5,5%), в том числе в 3 случаях острого конъюнктивита и в 1—фолликулярного. Таким образом, не будучи сами возбудителями трахомы, тельца Гоуазек'а имеют несомненное значение в диагностике этой болезни. Р.

529. *Новый метод фиксации глазного яблока.* Dantrelle (Ann. d'ocul., t. 164, 1927), не удовлетворяясь уздечным швом на мышцу при операциях на глазном яблоке, предлагает новый метод фиксации последнего, состоящий в следующем: соответственно тому месту, где обычно фиксируют пинцетом глазное яблоко за конъюнктиву, автор проводит шов через поверхностный слой роговицы, близ лимба, захватывая роговицу на протяжении 2—3 мм.; нитка завязывается петлей, за которую и фиксируют глаз пинцетом во время производства разреза. Фиксировать надо возможно ближе к роговице. Автор никогда не наблюдал при этом способе никаких осложнений; но, конечно, при этом надо тщательно избегать перфорации роговицы. После операции шов снимается. В. А.

530. *Молочная терапия при орбитальной флегмоне.* Heesch (Klin. Mon. f. Aug., Bd. 78, 1927) сообщает о развившейся после экстирпации слезного мешка орбитальной флегмоне (операция в этом случае сопровождалась сильным кровотечением и отрывом сильно измененного слезного мешка при входе его в костный канал). Молочная терапия совместно с местной (1% оптохиновая мазь, ком-