

в которых еще возможна борьба, и в этой борьбе надо приходить на помощь слабеющему организму, применяя комбинированное лечение. Последнее слагается из внутримышечного и интралюмбального впрыскивания больших доз (100 куб. сант. ежедневно) противостолбнячной сыворотки, подкожного введения 3% раствора карболовой кислоты (до 0,3 чистого фенола в сутки) и применения хлорагидрата в клизмах.

В. С.

2) Туберкулез.

10. *Половое созревание и тbc легких.* На основании данных массового обследования (7729 чел.) А. Я. Кацман (Ленингр. Мед. Ж., 1926, № 8) нашел, что заболеваемость бугорчаткою легких резко возрастает у лиц обоего пола в возрасте полового созревания, причем у женщин это повышение заболеваемости наступает раньше, чем у лиц мужского пола.

В. С.

11. *Диететическое лечение тяжелых форм тbc* при планомерном проведении, дает, как свидетельствуют Sauerbruch, Hermansdörfer и Gerson (Münch. med. Woch., 1926, № 2—3), великолепные результаты. Оказывается, что большое значение принадлежит в данном случае различным минеральным солям, которые авторы рекомендуют вводить в организм в обильном количестве. Основной пищей должны быть молоко, масло, салат, всякого рода зелень, рис, яйца и т. п. Кроме того ежедневно вводится 45,0 рыбьего жира с фосфором. М. Фридланд.

12. *К лечению легочного тbc.* Frandsen и Jacoby (Acta med. Scand., v. LXIV, f. IV—V) убедились, что у чахоточных эксудативные и продуктивные процессы в легких могут уже при обыкновенном гигиенически-диететическом лечении настолько улучшаться, что это может быть констатировано рентгеном (просветление раньше затененных, вследствие инфильтрации, участков). Эксудативные процессы изменяются быстрее, чем продуктивные, так что взгляд некоторых авторов (напр., Ulrici) на эксудативную форму легочного тbc, как на дающую плохой прогноз, не оправдывается. Впрочем F. и J. несогласны и с мнением Jaquod, Fleischer'a и др., будто тbc процессы в легких могут исчезать бесследно. В. С.

13. *Phrenicus-hairesis.* Известная под таким названием операция вырывания п. phrenici применяется при тbc легких в тех же видах, как и искусственный пневмоторакс, т. е. с целью доставить соответствующему легкому, особенно нижней его части, покой и освободить его от сдавления. Как экспериментальные, так и клинические наблюдения убедили, однако, Dünneg'a и Mesklenburg'a (Deut. med. Woch., 1926, № 43), что результаты этой операции не могут идти в сравнение с результатами искусственного пневмоторакса,—дыхательная деятельность легкого после нее не прекращается. Благоприятное же влияние этой операции на легочный тbc объясняется, по мнению авторов, нервными влияниями. В. С.

д) Внутренние болезни.

14. *К учению о pulsus differens.* Как известно, этим термином обозначается в литературе разница в пульсации лучевых или сонных артерий, в основе которой лежит препятствие для тока крови на одной стороне. Pulsus differens наблюдается при аневризмах аорты, атеросклерозе ее и др. больших сосудов. Pal, кроме того, описал эту разницу в пульсе у больных с поражениями центральной нервной системы,—кровоизлияниями в мозг, эмболиями и тромбозами мозговых сосудов. Проследив несколько случаев такого церебрального pulsus differens, Hermanн (Wiener kl. Woch., 1926, № 42) убедился, что последний может иметь большое диагностическое и прогностическое значение: по колебаниям этой разницы мы можем судить, прогрессирует, или нет, процесс в мозгу; по наличности ее можно делать заключение и о локализации процесса. В. С.

15. *К клинике пернициозной анемии.* По наблюдениям Г. Л. Бранденбургского (Днепропетр. Мед. Ж., 1926, № 7—8) пернициозная анемия может длительно протекать по типу гипохромной анемии, переходя лишь незадолго до смерти в анемию гиперхромную. Картина крови при этой болезни может мало отличаться от картины крови при обычной гипохромной, т. наз. вторичной анемии. Наблюдения автора говорят в пользу того, что при пернициозной анемии часто имеет место первичный гемолиз, костный же мозг вовлекается в процесс вторично. В. С.

16. *Сальварсан при злокачественной анемии.* Hartmann (Deut. med. Woch., 1926, № 25) считает сальварсан наилучшим средством для лечения перни-

днозной анемии даже и в тех случаях, где происхождение последней не стоит в связи с *lues*ом. Средство это он рекомендует вводить внутривенно в дозе 0,075—0,15, с паузами в 5—6 дней. Эффект лечения автор объясняет стимулирующим влиянием содержащегося в сальварсане мышьяка на костный мозг. *P.*

17. *Гипофизин при почечных камнях.* Kalk и Schöndube (Deut. med. W., 1926, № 2) утилизировали свойство вытяжки из мозгового придатка вызывать сокращения гладкой мускулатуры для изгнания почечных камней, рекомендуя применять это средство при почечных коликах. Кроме терапевтического значения, впрыскивания гипофизина имеют, по мнению авторов, и диагностическое значение: если у больного через 20—30 мин. после впрыскивания 2 куб. с. гипофизина наступает типичная почечная колика,—это значит, что у него имеется в лоханке камень, притом такого объема, что он может войти в мочеточник. *B. Кий.*

18. *К лечению артериосклероза.* По Curschmann'у (Fort. d. Ther., 1925, № 14) лучшим способом лечения артериосклероза является употребление старого средства—иодистого натрия. Последний употребляется в 5% растворе, по 3 чайных ложки в день. Лечение продолжается 3—4 недели, а затем делается пауза около 2 мес., после чего лечение возобновляется. *P.*

е) Хирургия.

19. *К диагностике и терапии переломов.* Dunbar Newill, Campbell и March Frere (Surg., gyn. a. obst., 1926, № 2) утверждают, что правильный диагноз перелома можно поставить лишь при помощи рентгеновских лучей, и лишь под контролем последних можно добиться правильной редукции отломков костей. Для огромного большинства переломов авторы считают показанным закрытый способ лечения. Открытый способ на 1527 случаев из их практики они применили лишь в 35, т. е. в 2,3%, где имели место переломы *patellae* и обеих костей предплечья или голени. *M. Чалусов.*

20. *Самопроизвольные переломы ребер.* Wahl (Wiener kl. Woch., 1926, № 42) обращает внимание на переломы ребер, наблюдающиеся иногда под влиянием самых ничтожных причин, каковы кашель, чиханье и т. п. Обыкновенно принято думать, что такие переломы встречаются чрезвычайно редко, но очень возможно, что, если им будет уделяться больше внимания со стороны врачей,—этот взгляд изменится. В этиологии данных переломов играет роль специальное предрасположение, местное или общее. В практике значение их определяется главным образом тем обстоятельством, что они легко могут подать повод к неверным диагнозам: на основании их можно заподозрить *caries*, плеврит, раковые метастазы и т. п. там, где этих заболеваний нет. *B. Сергеев.*

21. *О непаразитарных кистах селезенки.* А. Ф. Тищенко (Сб. в память проф. Л. В. Орлова) на основании литературных данных и собственного случая считает, что непаразитарные кисты селезенки встречаются редко. Благоприятными условиями для развития этой болезни служат малярия, тифы, сифилис, смещение селезенки и травма. Клинически это заболевание протекает доброкачественно, не вызывая расстройств со стороны соседних органов, самой селезенки и общего состояния. Оперативное лечение непаразитарных кист сводится к вскрытию кисты при помощи разреза, к частичному иссечению селезенки или к полному ее удалению вместе с кистой. *И. Цимхес.*

22. *Сальниковый дренаж мозговых желудочков.* А. А. Козырев (Arch. f. klin. Chir., Bd. 141, H. 4) лучшим способом оперативного лечения головной водянки считает аутодренаж мозговых желудочков. Сальник, по мнению автора, является наиболее надежным и верным материалом для такого дренажа,—материалом, обеспечивающим постоянное, хорошее опорожнение желудочков. Согласно экспериментальным данным и наблюдениям (11 случ.) автора он не дает толстых сращений с мозговой тканью и не подвергается при пересадке некробиозу. *И. Цимхес.*

23. *О свободной аутопластической пересадке хрящей.* При аутотрансплантации хрящей А. Manheim и В. Zurkin (Arch. f. klin. Chir., Bd. 141, H. 4) находили в последних ряд дегенеративных и восстановительных процессов, зависящих от многих условий. Значительную роль для жизнеспособности хрящевого трансплантата играет место пересадки,—пересаженный хрящ обладает большей жизнеспособностью в мягких частях, чем, напр., на черепе, и большей среди