

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. *М. 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. *В. 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

мышц, чем в коже. Аутопластически пересаженные реберные хрящи можно считать за подходящий материал как для покрытия дефектов черепа, так и для пластических операций на мягких частях (нос, ухо, трахея). Свои опыты авторы ставили на 50 кроликах в возрасте от 4 месяцев и до года.

И. Цимхес.

24. *К технике аутогемотерапии.* Для того, чтобы при аутогемотерапии взятая из локтевой вены кровь не свернулась, Graef (Zentr. f. Chir., 1926, № 3) советует поступать следующим образом: хирург должен иметь наготове раствор Na citrici и три шприца вместимостью от 10 до 20 куб. сант. каждый. Первый шприц, промытый раствором лимоннокислого натра, вводится в локтевую вену, после чего он, наполненный кровью, без иголки, все время остающейся в вене, передается помощнику для подкожной инъекции. Тем временем хирург берет из вены кровь вторым шприцем и вновь передает его помощнику. Таким путем эта маленькая операция может быть проделана быстро и без осложнений.

Л. Ратнер.

25. *Предупреждение послеоперационных тиреотоксикозов при помощи иода.* De Courcy (Annals of surgery, 1926, № 6) вновь поднимает вопрос о ценности предложенного Plummetom метода лечения базедовой болезни иодом. Метод этот оказался несостоятельным потому, что иод применялся неправильно — в слишком больших дозах и при неподходящих формах болезни. Предоперационная подготовка больных препаратами иода и в частности раствором Lugol'a также не спасает от тяжелых послеоперационных тиреотоксикозов, почему автор предлагает применять у больных с базедовой болезнью иод в послеоперационном периоде. Все больные его сейчас же после операции получают не менее 30,0 раствора Lugol'a per rectum, причем это вливание повторяется через 8 часов. В течение последних лет этот способ был применен автором у большого числа больных и дал блестящие результаты. — автор не пережил ни одной смерти, несмотря на то, что оперировал очень тяжелые случаи с явлениями сердечной декомпенсации и прогрессирующего падения веса.

Л. Ратнер.

26. *Лечение разлитого перфоративного перитонита промыванием солянокислым пепсином.* Schönbauer (Zentr. f. Chir., № 1926, 45), из клиники Eiselsberg'a, приводит 117 случаев перфоративного перитонита, леченных промыванием брюшной полости солянокислым пепсином, причем смертельный исход наблюдался в 15 случаях (12,8%), тогда как 164 случая, леченных без промывания, дали 57 смертей, т. е. 34,8%. Перфорации эти имели место главным образом в желудке, 12-перстной кишке, червеобразном отростке и желчном пузыре. Промывание производилось 1½—3 литрами следующего раствора: ac. hydrochlor. dil.—4,5, aq. destill. steril.—1500,0, pepsini (с переваривающей силой 1:3000)—1,0. Повидимому, пепсин увеличивает действие соляной кислоты и является биологическим антисептическим средством.

И. Цимхес.

ж) Офтальмология.

27. *Аутогемотерапия в офтальмологии.* По сообщению Licskó (Orvosképzés, 1925, 15), в 1 Глазной клинике в Будапеште аутогемотерапия была испытана в ряде случаев, где другие методы протеиновой терапии, в частности молока, оказались бесполезными. Сюда относились те случаи иридоциклита и увеита, в которых, при полной неясности в отношении этиологии, также и лечение ртутью, инъекциями NaCl и туберкулином остались безрезультатными. Кровь, взятая из локтевой вены, вводилась частью внутримышечно (в количестве 6—10 к. с.), частью подконъюнктивально (в количестве 1—2 к. с.). Инъекции не сопровождалась никакой реакцией, разве иногда то повышалась на несколько десятых. Эффект лечения из 29 случаев в 16 был очень хороший, в 9—менее удачный и в 4—равный нулю. Мало пользы принесла аутогемотерапия при тbc хориоидитах и при паренхиматозном кератите, отрицательные результаты были при острых иритах с обильным экссудатом. Наоборот, при хронических иритах и иридоциклитах с неясной этиологией, а также при острых иридоциклитах после ранений глаза без обильной экссудации и начинающихся иридохориоидитах, результаты получились очень хорошие. В частности подконъюнктивальные инъекции пригодны при поверхностных и глубоких кератитах и хронических иридоциклитах.

В. Адамюк.

28. *Сифилитические поражения глаз.* Rasquin (38 Congrès de la Soc. franç. d'ophtalmologie, Bruxelles, 1925) обратил внимание на то поразительное явление, что среди больных с сифилитическими поражениями глаз значительное