

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

число совершенно не подозревает об имеющейся у них специфической инфекции. Докладчик располагал 762 случаями. В этом числе из 493 мужчин 280 не знали о бывшем у них сифилисе, а из 269 женщин 234 отрицали возможность сифилитической инфекции. Что касается характера поражений глаз у этих 762 больных, то в 104 случаях дело шло о параличах двигательных мышц глаз, в 13—о поражении костей, в 82—о страдании сосудистого тракта; кроме того, имелось 3 случая сифилиса век, 107 случаев страдания зрительных нервов и 453 случая нарушения движения зрачков. *В. Адамюк.*

29. *Лечение малярией табических атрофий зрительного нерва.* По сообщению Fischer'a-Ascher'a (Kl. Mon. f. Aug., Bd. LXXVI) такое лечение в клинике Herma'n'a было применено в 18 случаях атрофии зрительного нерва у табиков, причем больным впрыскивались частью под кожу, частью внутривенно 4—8 куб. сант. крови маляриков, взятой во время приступа. Продолжавшееся несколько месяцев (до года) наблюдение показало, что у 13 больных после того ухудшение зрения остановилось и у 5 продолжалось. Так как прогноз табической атрофии зрительного нерва является очень печальным, то автор доволен и этими результатами и рекомендует непременно подвергать лечению малярией свежие случаи данного заболевания. *Е. Волженский.*

з) *Акушерство и гинекология.*

30. *Гормоны желтого тела.* По исследованиям Rapa'nicolaou (Journ. of Am. Med. Ass., 1926, № 19) желтое тело яичника содержит два гормона-антагониста: один тормозит овуляцию и менструацию, другой, наоборот, в известных границах ускоряет эти процессы. Первый из них у небеременных самок не вызывает гипертрофии полового аппарата, второй вызывает значительную гипертрофию. Во время беременности они действуют оба, притом в противоположном друг другу направлении. *М. Чалусов.*

31. *Влагалищная флора в детском и юношеском возрасте.* Soeken (Zeit. f. Kinderheilk., Bd. 40, H. 6, реф. в Berich., Bd. X) при исследовании 500 детей в возрасте от 6 мес. до 9 лет нашел в секрете влагалища значительное преобладание кокковых форм. У 73 девочек в возрасте от 10 до 15 лет при наблюдении в течение 5—22 недель он нашел, что флора дает ту же картину. С возрастом содержание *b. vaginalis* повышается и с 13 лет делается уже преобладающим. Появление бациллярной флоры автор считает признаком начавшегося созревания, которое наступает иногда задолго до появления менструаций. Изменение характера микрофлоры совершается быстро и заканчивается в течение 8 дней. Причины этого превращения автор склонен искать в эндокринных влияниях на слизистую оболочку влагалища, которые делают последнюю более пригодной для роста бациллярной флоры. *А. Тимофеев.*

32. *Культуры трихомонад* удалось получить Andrew's'y (по Berich-über d. gesam. Gyn., Bd. X, H. 16/17) на среде, состоящей из Loeffler'овской кровяной сыворотки (0,5), NaCl (0,7), Na citrici (1,0) и воды (1000 к. с.). Присутствие O или CO₂ значения не имеет. Лучше всего культуры растут, если среда изолирована от воздуха слоем парафинового масла. Pentatrichomonas Ardin-Delleili лучше всего растет на сыворотке крыс. Питательный бульон для разведения совершенно непригоден. Trichomonas muris лучше всего растет на сыворотке обезьян. Прибавление декстрозы усиливает рост и удлиняет продолжительность жизни культур. Наиболее благоприятной является температура в 37,5°. Температура в 49° убивает культуры. Пять видов оказались факультативно анаэробными. *А. Тимофеев.*

33. *Определение времени зачатия* производил Vollkman'n (Mon. f. Geb. u. G., 73, H. 1/2) на основании точного определения возраста эмбрионов и пришел к выводу, что почти в половине всех случаев зачатие падает на первую половину интервала между менструациями. *А. Т.*

34. *Ранний диагноз беременности точными методами.* Hirst, Cooke и Fong (по Ber. ü. d. g. Gyn., Bd. XI, H. 1), разбирая современные методы серологической и биологической диагностики беременности, наибольшее значение придают методу пищевой гликозурии Frank'a-Nothman'n'a, технику которого они видоизменили следующим образом: утром моча проверяется на содержание сахара; вместо завтрака больная получает раствор виноградного сахара из расчета