

ние несахарного диабета может быть с успехом производимо не только путем впрыскиваний новазурола, но и путем приема последнего per os. В одном случае авторы давали это средство, в дозе 0,2, дважды в день (с 1/2-часовым промежутком) один день в неделю и получили вполне удовлетворительный терапевтический эффект. Р.

57. *К лечению диабета синталином.* Синталин, дериват гуанидина, изготовляемый синтетически фабр. K a l b a u s'a, обладает инсулиноподобным действием, какое действие его было подробно изучено проф. F r a n k'ом, N o t t m a n'ом и W a g n e r'ом (Klin. Woch., 1926, № 45) как на здоровых кроликах и собаках, так и на собаках с экстирпованной поджелудочной железой, а равно и на больных—диабетиках. В вопросе о действии синталина на диабетиков выводы авторов таковы: 1) препарат в значительной степени понижает глюкозурию; 2) ацидоз при употреблении его исчезает; 3) сахар в крови снижается ниже порога, при котором появляется гликозурия; 4) другие симптомы сахарной болезни—полиурия, полидипсия—от синталина также исчезают; 5) в случаях диабета постоянно или временно инсулино-рефрактерных синталин проявляет полное свое действие; 6) во всех, наблюдавшихся авторами, случаях диабета с хирургическими инфекциями инсулин мог быть вполне заменен синталином. Применение и дозы: в 1-й и 3-й дни 2 раза по 0,00025 per os, во 2-й день один раз 0,0025, в 4-й день пропуск. Можно начинать и с дозы в 0,002. Пауза необходима в виду побочного действия препарата и его кумулятивного свойства. Показания для применения—все случаи диабета кроме комы и прекоматозного состояния (в прекоматозном состоянии даже и большие дозы средства переносятся хорошо, но заметного улучшения не получается). Побочные действия препарата: 1) отсутствие аппетита, 2) давление в области желудка, 3) неприятное ощущение в животе, 4) усиленная перистальтика; при сильной передозировке наблюдаются тошнота, рвота, поносы. В. Якимов.

58. *Функциональное исследование сердца.* Для выяснения функциональной состоятельности сердца G ö n e s z у (Вр. Об., 1926, № 11) советует прибегать к двум пробам. Первая—это проба с апное: если больной, пройдя два раза взад и вперед комнату в 11 метров длины, после этого в состоянии бывает задержать дыхание не более, как на 12—13 сек., или еще меньше, то это свидетельствует о недостаточности сердца (задержка дыхания производится в лежачем положении, причем больной перед нею должен сделать глубокое вдыхание и выдыхание). Вторая проба—весовая: больной взвешивается утром и вечером, и, если прирост его веса к вечеру достигнет или превысит 1 кило, то это доказывает, что работоспособность его сердца не соответствует требованиям, предъявляемым ему за день. Р.

59. *Гипопаратиреоз в этиологии язвы желудка.* М. С. Керопиан (Сб. раб. в память проф. А. В. Орлова, 1926), при исследовании нервно-мышечной возбудимости у 28 больных, нашел, что у больных с пилороспазмом и язвой желудка, пилороспазмом и опущением желудка и, наконец, пилороспазмом и апендицитом постоянно наблюдается понижение чувствительности нервно-мышечной системы. Этот симптом обычно характеризует тетанию—как явную, так и скрытую, т. е. спазмофилию. А так как тетания и спазмофилия вызываются нарушениями гормональной функции эпителиальных телец, то и при разбираемых болезнях автор видит в основе страдания эти нарушения в форме гипопаратиреоза. Патогенез этих заболеваний автор представляет себе в следующем виде: гипофункция эпителиальных телец через расстройство координации между системами V. и S. приводит к преобладанию влияния системы V. на желудок; это обстоятельство создает условия для постоянного спазма привратника и развития расширения с опущением тела желудка; длящийся долго спазм привратника влечет за собой структурные изменения в стенке как самого привратника, так и всего желудка; переход пищи из желудка в 12-перстную кишку при этом затягивается, что вызывает раздражение желудочной мукозы задержавшимся пищевым хлусом. На почве той же гипофункции эпителиальных телец и преобладания тонуса блуждающего нерва развиваются, повидимому, и другие, сопутствующие язве желудка, явления, как гиперсекреция, гиперхлоргидрия и гастросуккоррея. При таких условиях возникающие на почве гипопаратиреоза и др. причин язвочки и эрозии регенерируются плохо, часто отличаются вялостью и превращаются в хронические язвы.

II. Циммес.

60. *Изгнание ленточных глист.* По наблюдениям Е. А. Ратнера (Клин. Мед., 1926, № 117) для этой цели пригодны значительно меньшие дозы

папоротника, чем обычно применяемые. Автор получил хорошие результаты от следующего способа: накануне больной не должен есть грубой пищи, и на ночь ему делается высокая клизма из 4 стаканов мыльной воды с 3 чайн. ложками глицерина; на следующий день он тотчас по пробуждении получает 3,0 extr. filicis maris aetherei res. parati в желатиновых капсулах или пилюлях, принимаемых в 3 равных приема через каждые 15 мин.; через час после приема последней дозы ему дается 20,0 Na sulfurici в 1 стакане воды. Втечение этого часа и ранее, после приемов папоротника, больной, во избежание тошноты, пьет небольшими порциями холодный черный кофе. *P.*

г) Хирургия.

61. *Кисты полумлунного хряща.* По Allison'у и O'Connor'у (Surg., gyn. a. obst., 1926, № 2) в литературе описано несколько десятков случаев этих кист, к которым авторы присоединяют 3 собственных. Изучение этих случаев убедило авторов, что обычно кисты эти бывают множественными, располагаются они в средней части наружного края cartilaginis semilunaris, внутри бывают выстланы эндотелием, содержат слизь, не представляют признаков воспаления. В половине случаев образованию этих кист предшествует травма. Из przypadков можно отметить боль при полном разгибании и сильном сгибании колена. Обычно кисты эти быстро достигают своего максимального объема и затем остаются in statu quo. Произвольное излечение их никогда не наблюдается, рецидивы после операции имеют место в тех случаях, где хрящ не был удален вполне. *М. Чалусов.*

62. *Упорные крестцовые боли, как первый симптом рака грудной железы.* E. Liek (Zentr. f. Chir., 1926, № 51) видел 3 случая, где женщины являлись с жалобами на упорные боли в области пояснично-крестцовых позвонков. Исследование всего тела больных, в том числе и рентгеноскопией, не обнаружило ничего патологического. Спустя, однако, некоторое время (в одном случае, напр., спустя 4 недели) автор подметил у них опухоли грудных желез (рак). Причину болей он видит в раннем метастатическом поражении поясничных позвонков, что в дальнейшем и было подтверждено рентгенологически. *И. Цимхес.*

63. *Гастро-энтеростомия при язвах 12-перстной кишки.* Woolsey (Surg., gyn. a. obst., 1926, № 1) выражает удивление, что в руках немецких хирургов и хирургов тех стран, которые находятся под влиянием немецкой науки, G.-E. дает худшие результаты, чем эксцизия, резекция и пилоропластика. У американских и английских хирургов операция эта, наоборот, дает вполне ободряющие результаты как в смысле конечного излечения, так и в смысле отсутствия послеоперационных осложнений. Такие результаты получаются в Англии и Америке в 80—95% этой операции: язвы jejuni наблюдаются после нее не чаще, как в 2%, кровотечения, — и то неопасные, — в 5,7% и пр. Чтобы достигнуть подобных результатов, надо, однако, производить G.-E. лишь там, где наличность язвы несомненна, далее — делать достаточно широкий анастомоз в самой нижней части желудка, употреблять для операции рассасывающиеся швы, строго выдерживать послеоперационную диету и пр. *М. Чалусов.*

64. *Двухмоментная резекция толстых кишек с глубоким вшиванием пристеночной брюшины.* Schloffer (Zentr. f. Chir., 1926, № 44) втечение уже почти 20 лет при раках толстых кишек, где нельзя достаточно мобилизовать, даже после отделения и перевязки брыжейки, пораженную петлю и соседние здоровые участки толстых кишек, производит отсепаровку париетальной брюшины с фасцией области брюшной раны и погружает их возможно глубже в брюшную полость. В таком виде отсепарованная пристеночная брюшина сшивается с брыжейкой и обоими концами пораженной петли. В области швов вставляется идоформенный выпускник, брюшная рана суживается, предбрюшинное пространство заполняется марлей. Спустя 5—6 дней пораженная кишка внебрюшинно удаляется, и культи сшиваются. *И. Цимхес.*

65. *Amputatio interileo-abdominalis.* По А. Н. Струнникову (Сб. в память проф. Л. В. Орлова) операция эта сравнительно редко производится (сам автор имел 2 случая ее и лишь 55 случаев мог собрать из литературы) и принадлежит к числу самых больших оперативных вмешательств у человека. Являясь в высшей степени рискованным хирургическим актом, она обуславливает смертельную опасность для оперируемого уже во время производства ее — со стороны слу-