

тельно больших дозах, напр., до 0,06 р. die в возрасте 3 лет и до 0,1—в 10 лет. У некоторых больных, особенно у невропатических субъектов, наблюдается во время лечения цианоз; докладчик объясняет его действием плазмохина на сосуды и считает это только косметическим недостатком лечения. Плазмохин был применен с успехом и для профилактики малярии (два дня в неделю по 0,09 р. die), а также в единичных случаях пароксизмальной гемоглобинурии и при идиосинкразии к хинину. Наиболее ценным качеством его, повидимому, является его действие на гаметы тропической формы паразита, на которые другие до сих пор известные противомалярийные средства такого действия не оказывают.

Е. Л.

110. *Лечение малярии у беременных хинином.* Чтобы опровергнуть существующее среди врачей мнение, что хининная терапия малярии при беременности угрожает сохранению этой последней, Cantón Eliseo (Ber. d. g. Gyn., Bd. XI) опытами на беременных кроличихах показал, что введение 2—4 сантигр. chinini muriatci pro kilo не вызывает аборта. Клинические наблюдения автора показали, что у нелеченных маляричек с легкими формами заболевания аборт наблюдался в 9,7%, преждевременные роды—в 33%, мертворождения—в 50%; при тяжелых формах малярии аборт имели место в 12,5%, преждевременные роды—в 35—50%, мертворождения—в 40—60%, тогда как у леченных хинином аборт и преждевременных родов не наблюдалось. При хронической малярии у нелеченных больных аборт имели место в 16%, преждевременные роды—в 47% и мертворождения—в 50—100%, а у лечившихся хинином—аборт в 1,8%, преждевременные роды—в 21%, мертворождения—в 33%.

Тимофеев.

г) Хирургия.

111. *Аутоцитотерапия.* Как известно, Макай предложил для лечения холодных и горячих нарывов впрыскивать подкожно собственный гной больных—в количестве 0,25—5 куб. сант. при горячих нарывах и 10—20 куб. сант.—при холодных; впрыскивания повторяются каждый 5-й—7-й день, пока содержимое абсцесса не сделается серозно-кровянистым или бульоноподобным. Испробовав этот метод лечения в 25 случаях холодных и горячих абсцессов, Lutz (Deut. med. Woch., 1926, № 43) пришел к заключению, что, хотя данный метод, возможно, и имеет правильное теоретическое обоснование, но на практике он не оправдывает себя. Автор, правда, не видел от применения его каких-либо тяжелых осложнений, вроде пиэмии и сепсиса, но все же опыт с этим методом заставляет его примкнуть к старому правилу: «ubi pus, ibi evasua». В. С.

112. *К вопросу о внутривенных вливаниях при кровопотерях.* Н. Д. Перумов (Вестн. Хир. и Погр. Обл., 1926, кн. 23) считает, что вливание раствора гумми-арабика и капельный метод внутривенных вливаний физиологического раствора поваренной соли, приблизительно, равноценны и превосходят простое однократное вливание физиологического раствора. Практические затруднения при изготовлении растворов гумми, вероятно, заставят, однако, в клинике отдать предпочтение капельному методу вливания солевого раствора. Реинфузия собственной крови дала автору в 2 случаях результаты, превосходившие результаты всех остальных методов.

Н. Цимхес.

113. *Оперативное лечение свежих переломов.* Проф. В. Н. Парин (Вестн. Хир. и Погр. Обл., кн. 24) находит, что оперативное лечение свежих переломов, или остеосинтез, постепенно завоевывает все большее и большее применение в хирургии. Такое лечение является показанным а) при интерпозиции мягких частей, б) при переломах в области суставов, в) при отрывах костных участков, к которым прикрепляются важные в функциональном отношении мышцы или связки, при одновременном повреждении сосудов и нервов, г) в случаях, где другие способы лечения, после 10—14-дневного их применения, оказались несостоятельными, и правильная репозиция отломков не достигнута. Напротив, в детском возрасте, где обычные способы лечения в большинстве случаев дают благоприятные результаты, надо прибегать к оперативному лечению. Производить остеосинтез надо не раньше 6—10 или 10—14 дней, при строжайшем соблюдении правил асептики. При этом сначала производится репозиция отломков, затем они фиксируются тем или другим способом. Наилучшие результаты в настоящее время получаются от скрепления костных отломков пластиной и винтами (сп. Lane'a и Lambotte'a). Р.

114. *О хирургическом лечении фиброзных полипов основания черепа.* Проф. Никольский (Вест. Хир. и Погр. Обл., 1926, кн. 23), основываясь на

материале в 18 случаев, полагает, что каждый случай полипа основания черепа должен быть в оперативном отношении строго индивидуализирован. Там, где представляется возможность удалить полип через естественные пути, через нос и рот,— последние должны быть использованы в первую очередь. Аутоампонада, т. е. тампонада самой опухолью операционного поля после отсечения ножки полипа, является при этом целесообразной мерой, останавливающей бурное кровотечение. Напротив, перевязка наружной сонной артерии не уменьшает кровотечения в момент удаления полипа основания черепа, а поэтому она является бесцельной и излишней травмой. Положение головы по Rose, как мера, предупреждающая затекание крови в дыхательные пути,—способ вполне целесообразный. Впрочем смерть больных при оперировании полипов основания черепа обуславливается не столько кровотечением, сколько параличем сердца вследствие изменений последнего. Хлороформный наркоз при операциях полипов основания черепа должен быть сведен до минимума и лучше заменен местной анестезией. *И. Цимхес.*

115. *К вопросу об удалении инородных тел из пищевода.* Feldmann (Zeit. f. H. N. Ohrenheilk., XVI, 4) имея в виду широкую пропаганду эзофагоскопии, снова ставит пред врачей массовый вопрос, следует-ли зондировать пищевод вообще, а тем более там, где имеются эзофагоскопы и эзофагоскописты. Зондирование это является очень опасным методом вмешательства при попадании в пищевод инородных тел,—нередко в результате его получается вклинение тела в стенку пищевода, перфорация его с последующим медиастинитом, воспалением легких, прорывом в трахею, аорту и пр. С другой стороны выносливость пищевода по отношению к инородным телам очень велика, почему больной может долго дожидаться рациональной медицинской помощи. Для иллюстрации своих положений автор приводит описание 3 случаев, из которых в одном больной только на 36-й день после того, как он подавился мясной костью, согласился на эзофагоскопию, кость была удалена, и пациент совершенно оправился; в двух же других применение зондирования пищевода повело к летальному исходу. *С. Яхонтов.*

116. *К методике нефрэксии.* В. П. Вознесенский (Вест. Хир. и Погр. Обл., 1926, кн. 23) описывает способ фиксации почки при помощи фасции (33 случая). Для этого сначала выкраивается фасциальная лента из широкой фасции бедра во всю его длину, шириною в 3 см. Затем, после обычного обнажения почки поясничным разрезом и вывихивания ее, проводятся 2 параллельных поперечных разреза через фиброзную капсулу почки по передней и задней поверхности средней части ее, капсула же этой области отслаивается тупым путем. Далее производится поднадкостничная резекция XII, XI или X ребра—в зависимости от стояния диафрагмы; в пределах резецированного ребра прошиваются непрерывным швом плевральные синусы и диафрагма. В обшитом месте делается разрез, проникающий в поддиафрагмальное пространство. Концы фасциальной ленты протягиваются под описанные выше лоскуты почечной капсулы, после чего лента четырьмя узловыми швами фиксируется к капсуле и на концах проводится через отверстие в синусе и диафрагме. Концы фасции подшиваются к мышцам спины. Отрицательными сторонами способа являются его сложность и опасность ранения плевры при резекции ребра. Подобное осложнение имело место в одном из случаев автора. *И. Цимхес.*

117. *Опыт хирургического лечения гастроптоза.* Проф. В. Р. Брайцев (Вест. Хир. и Погр. Обл., 1926, кн. 23) в 8 случаях испытал следующий метод лечения гастроптоза: обычное вскрытие брюшной полости по средней линии живота от мечевидного отростка до пупка, экстрамукозная пилоропластика, lig. gastro-colicum рассекается в поперечном направлении, mesocolon без натяжения пришивается к передней брюшной стенке в поперечном направлении на уровне концов 10-х ребер. Особенно тщательно рекомендует автор подшивать левую половину mesocolon'a, дабы создать прочную опору для дна желудка и вполне отделить созданное для него вместилище от остальной брюшной полости. Рассеченная lig. gastro-colicum несколькими швами прихватывается к линии прикрепления mesocolon'a. *И. Цимхес.*

118. *Лечение гнойных диффузных перитонитов.* Novak (Berich. ii. d. ges. Gyn., Bd. XI, H. 3/4) сообщает, что в клинике Petřivalskya при лечении диффузных перфоративных перитонитов дренажа не применяют, если инфекционный очаг удален; абсцессы дренируются; антисептических средств тоже не применяют в виду их вредного действия на жизненные свойства эндотелия брюшины, а реко-