

полной непроходимостью. Когда диагноз в подобных случаях установлен, то сначала рекомендуется выжидательная терапия, но в тяжелых случаях, при бурных явлениях, показана операция.

И. Цимхес.

357. *Хромодиагностика функционального состояния печени.* Faltischek и Grasso (Wien. klin. Woch., 1926, № 23) в ряде случаев убедились, что хромодиагностика, в форме внутривенного введения тетраиодфенолфталеина, является верным способом, позволяющим судить о функциональном состоянии печени. Оказалось, что при нормальном состоянии этого органа, а также в случаях холелитиаза, не сопровождающегося повреждением паренхимы печени, вещество это уже через  $\frac{1}{4}$  часа после впрыскивания не может быть обнаружено в сыворотке крови. Если, напротив, это вещество спустя  $\frac{1}{2}$  часа и более может быть обнаружено в сыворотке и в моче, то это указывает на существующее диффузное поражение печечночной паренхимы.

В. Сергеев.

358. *К технике рентгенографии желчного пузыря.* На основании сравнительных опытов на животных и наблюдений на людях Whitaker и Milliken (Surg., gyn. a. Obst., 1925, № 1) нашли, что применение для этой цели Натетраиодфенилфталеина выгоднее, чем применение Na-тетрабромфенилфталеина, в виду меньшей токсичности первого и дольше держащегося при нем затенения пузыря. Техника применения его такова: 3,5 этого вещества растворяются в 50 к. с. воды с прибавлением 1,5 к. с. 10% раствора соли, раствор втечение 15 мин. вливаются в v. basilica, и тотчас после этого вводится 200 к. с. физиологического раствора поваренной соли.

М. Чалусов.

359. *К патогенезу остраго гломеруло-нефрита.* По исследованиям Fahr'a (Deut. med. Woch., 1926, № 18) при этой болезни воспалительный процесс первично возникает в клубочках и лишь потом распространяется на артериолы. Поэтому взгляд Volhard'a, что причина гломеруло-нефрита кроется в первичном спазме мелких почечных сосудов, не может считаться правильным. В. С.

360. *К лечению бронхиальной астмы.* Как известно, Ephedra vulgaris («трава Кузьмича») получила у нас широкое применение при лечении ревматизма. Nagai, в 1887 г., добыв из нее алкалоид эфедрин. Недавние исследования Pollak'a и Bobitscheka (Wiener kl. Woch., 1926, № 26) показали, что этот алколоид, при употреблении реагирует с кожей, представляет собой прекрасное средство против бронхиальной астмы. Для купирования приступов последней оно дается в дозе 0,1, при хронической же астме—по 0,05 2—3 раза в сутки. Известная фирма Мегск изготовила эфедрин (соляноческую его соль, ephedrinum hydrochloricum) в таблетках по 0,05—для внутреннего употребления и в ампулах с таким же содержанием—для подкожных впрыскиваний.

В. Сергеев.

### б) Туберкулез.

361. *Влияние беременности, родов и кормления грудью на тbc.* Д-р Е. А. Васич (Журн. по из. ран. дет. возр., т. IV, № 2) имел возможность проследить это влияние на 43 женщинах, из которых у 10 был тbc III, у 8—тbc II и у 25—тbc I. На основании этих наблюдений он пришел к выводу, что женщинам с тbc III необходимо категорически запрещать как кормление грудью, так и беременность, ибо эта категория дает 100% ухудшения уже во время беременности, после родов же эти ухудшения часто ведут к смерти. Нужно запретить беременность или, во всяком случае, кормление грудью и женщинам с тbc II act., так как у них в 50% наблюдается ухудшение процесса во время беременности и в 100%—во время кормления. Наконец, у женщин с тbc I имеют место ухудшения в 33% в первые 2 мес. кормления и значительно больший процент—в дальнейшие месяцы. Кроме того, в интересах детей необходимо категорически воспретить кормление грудью женщинам, выделяющим с мокротою Кошновские палочки. В. С.

362. *Влияние сифилиса на тbc легких.* П. А. Волков (Сов. Мед. на Сев. Кавк., 1926, № 4) наблюдал интересный случай легочного тbc у больной с давним (7 л.) сифилисом, где тbc протекал в доброкачественной форме, с преобладанием фиброзного процесса, и где ртутьно-салварсанная терапия оказала весьма благоприятное влияние не только на lues, но и на тbc.

В. С.

363. *Опоторапия туберкулеза.* Вауле (По реф. в Zentr. f. Chir., 1926, № 11), опираясь на физиологические, экспериментальные и клинические наблюдения,

рекомендует лечить туберкулез экстрактом из селезенки, в форме сиропа—для употребления регос или водного раствора—для подкожных ин'екций. Дневная доза регос—25,0 имеет профилактическое значение, а также подкрепляет лечение ин'екциями. Последнее производится в такой форме: через день по ин'екции 5,0—10,0 раствора, всего 12 ин'екций в течение 22 дней, после чего на 8 дней перерыв; затем снова 12 ин'екций, снова перерыв и т. д. до тех пор, пока не наступит полного излечения. Значительную роль играют при этом правильное питание и покой. Таким путем автор получил 100% излечения тbc первой стадии, 75% излечения туберкулеза всяких степеней и быстрое излечение *tumoris albi*. *M. Фридлан*.

364. *Новый метод торакопластики при tbc легких.* Alexander (Ann. of surgery, 1925, № 5) на основании своего собственного и литературного материала приходит к выводу, что основной причиной высокой смертности после паравертебральной торакопластики при тbc легких является послеоперационная пневмония как на оперированной, так и на неоперированной сторонах. Главным фактором, способствующим возникновению этого осложнения, автор реферируемой статьи считает понижение способности легких выделять застоявшуюся там мокроту и инспирировать здоровыми частями легких секрета из больных. Отсюда становится ясным, что торакопластика на нижних ребрах, которая так сильно травматизирует и на некоторое время парализует грудные и брюшные мышцы и нижние межреберные нервы, должна особенно часто вызывать послеоперационную пневмонию. Поэтому автор очень критически относится к весьма популярному методу *Sauerbruch'a*, принципиально начинающего операцию торакопластики с резекции нижних ребер. Клинические наблюдения над оперированными по этому способу больными вполне оправдывают отрицательное отношение автора к этой операции. Но, с другой стороны, резекция одних верхних ребер также не может вполне выполнить основную задачу торакопластики—дать покой больному легкому и не предохранять от пневмонии, так как здесь происходит аспирация нижней, неспавшейся долей легкого содержимого из каверн, язв и бронхов сдавленной верхней доли легкого. Поэтому идеальным способом торакопластики автор считает двухмоментную операцию, первый акт которой заключается в радикальной френикотомии, а второй—в резекции верхних 7 ребер. Преимущества этой операции следующие: 1) нижняя половина грудной клетки не калечится, почему экспекция не прекращается; 2) инспираторная функция нижней доли легкого понижается благодаря параличу диафрагмы, почему опасность аспирации секрета из верхней доли легкого резко уменьшается; 3) общее состояние больных после френикотомии улучшается, почему второй акт операции ими переносится сравнительно легко; 4) операция френикотомии представляют собою легкое вмешательство, особенно по сравнению с очень травматичной и дающей большую смертность операцией резекции нижних ребер; 5) эксперименты показывают, что комбинированная операция френикотомии с резекцией 7 верхних ребер уменьшает об'ем легких более, чем обычная торакопластика с резекцией 11 ребер; 6) гораздо меньшая деформация грудной клетки по сравнению с полной торакопластикой.

*L. Ратнер.*

365. *К вопросу о френикотомии при легочном tbc.* На основании данных анкет, собранных среди немецких хирургов, проф. Colmers (Deut. med. Woch., 1925, № 52) делает вывод, что френикотомия при тbc легких не является самостоятельной, действующей на процесс операцией, а должна быть только предварительным актом перед более серьезным вмешательством. Простое пересечение грудобрюшного нерва на шее большую частью не влечет за собой паралича диафрагмы, так как нерв имеет много анастомозов, чаще всего с подключичным нервом. Поэтому большинство хирургов советует делать т. наз. радикальную френикотомию. Последняя, по Götze, заключается в перерезке главного ствола и в отыскании и перерезке анастомоза с подключичным нервом, а по Felix'у—в перерезке и выкручивании периферического конца нерва. Оба эти способа одинаково действительны и всегда ведут к полному параличу диафрагмы. Кроме тbc легких френикотомия применяется при неукротимой икоте. Согласно данным Macholl'a и Gangenheima при этом заболевании выключение левого п. phrenic. дает лучшие результаты, чем кокаинизация нерва или операция Kirschner'a.

*L. Ратнер.*

366. *Рентгенотерапия хирургического tbc* делает быстрые успехи. Так, Lars Edling (По реф. в Zentr. f. Chir., 1926, № 11), имея материал в 270 слу-