

кровообращение, функции эндокринной железистой системы понижаются (особенно щитовидной железы), а вместе с тем ослабевают и процессы старения, регенерация же и рост после голодания усиливаются. С терапевтической целью, по Richter'y (Deut. m. W., 1928, № 26), это может быть использовано при ожирении, подагре и диабете, при гломерулонефрите и эклампсии, как равно в некоторых случаях аллергических болезней, астмы, крапивниц, отека Quincke и т. д. С. Г-в.

ж) Хирургия.

23. *Методы анестезии, применяемые американскими хирургами* разбирает Santon (Ann. of surg., v. 86, № 2, 1927) на основании опроса 640 операторов. Оказалось, что хлороформ всеми оставлен как при больших, так и при малых операциях. 85% хирургов при лапаротомиях прибегают к применению эфира. При малых лапаротомиях многие пользуются и другими видами обезболивания—33% чисто-местным обезболиванием, 42%—местной анестезией в сочетании с другими видами наркоза и только 5%—люмбальной анестезией. 67% хирургов не применяют совсем люмбальной анестезии, причем некоторые оставили ее после многочисленных испытаний (до 1056 сл.), убедившись, что она дает ряд осложнений, которых нельзя избежать. 90% из всех хирургов, применяющих люмбальную анестезию, пользуются ей только в известных случаях, в том числе 22% при гинекологических операциях. Довольно распространенным у американских хирургов является применение окиси азота и этилена в чистом виде или, еще чаще, в сочетании с эфиром. А. Т.

24. *Повреждение глаз при эфирном наркозе.* У одного больного после операции, сделанной под эфирным наркозом, была обнаружена поверхностная язва роговицы, зажившая с образованием рубца. Чтобы выяснить, действительно ли в этом случае причиной заболевания роговицы был попавший на нее эфир, Jendral'sky (Arch. f. Ophth., Bd. 118) произвел на кроликах ряд опытов с орошением глаз эфиром. Оказалось, что результатом этого были покраснение и отек конъюнктивы и слущивание эпителия роговицы, каковые явления быстро проходили без следа. Отсюда автор думает, что повреждение роговицы в указанном случае зависело не от эфира, а от каких-либо механических причин. Р.

25. *Бактериология и серотерапия острого аппендицита.* Weinberg, Grévoit, Davesne и Renard (Ann. de l'Inst. Past., 1928, № 10) на основании материала, обнимающего свыше 200 случаев острого аппендицита, среди которых треть принадлежала к гангренозной форме, нашли,—вопреки заявлению некоторых авторов,—что острый аппендицит без содержания микробов в отростке представляет исключительную редкость. Что касается встречающихся при этой болезни микробов, то лишь в редких случаях это—какой-либо один микроб, большей же частью болезнь вызывается несколькими формами микробов, обычно (в $\frac{2}{3}$ всех случаях) двумя или тремя. Среди этих микробов фигурируют все представители кишечной флоры, как аэробные,—особенно *b. coli* (в 87%), энтерококки (в 30%) и др.—так и анаэробные—особенно *b. perfringens* (в 30%), Грам-негативные палочки (в 39%) и пр. При этом аэробы встречаются как при гангренозном, так и при негангренозном аппендиците, анаэробы же—преимущество при гангренозной форме болезни. Мономикробный аппендицит всегда бывает обязан своим возникновением аэробам. Из комбинаций микробов особенно часто встречается сочетание *b. coli* с *b. perfringens*. Как личный опыт авторов, так и многочисленные наблюдения хирургов свидетельствуют о благотворном лечебном эффекте при аппендиците сывороток, именно, смеси моновалентных сывороток, направленных против тех микробов, которые особенно часто являются возбудителями болезни. Особенно хорошие результаты дает антигангренозная сыворотка с прибавлением serum anti-*coli*. Сыворотка эта, в тяжелых случаях аппендицита, впрыскивается в количестве 60–80 куб. с., причем, если операция предпринимается немедленно, инъекция ее производится в конце оперативного вмешательства. В. Сергеев.

26. *Реинфузия излившейся крови.* Изучение литературы по обратному переливанию излившейся в серозные полости крови и собственные клинико-экспериментальные наблюдения позволили А. И. Филатову (Журн. совр. хир., 1928, вып. 3) сделать следующие общие заключения: 1) Вредные последствия при обратном переливании крови зависят от вливания гемолизированной крови. При спонтанном дефибринировании крови в брюшной полости она не делается токсичной. Гемолиз крови может быть обусловлен либо разрушением ее в полости, чего в пер-

вые сутки не бывает, либо повреждением крови при переливании. Последнее большею частью происходит от чисто-механических моментов, каковы недостаточно бережное обращение с нею, вынимание тампонов и стружков, взбивание и дефибрирование от этого крови, а также от разбавления крови гипотоническим раствором цитрата. 2) Реинфузия крови показана при свежих значительных кровотечениях в большие серозные полости (полость брюшины, плевры, перикарда). В поздних случаях (свыше суток), а также при повреждениях печени реинфузию можно применять лишь после исследования крови на гемолиз (при отрицательной пробе на последний). Противопоказана реинфузия при повреждениях полых органов и при воспалительных процессах в полости. 3) Обратное переливание крови есть ценный метод, который при правильных показаниях и технике способствует более успешному выздоровлению больных, а в тяжелых случаях спасает больных от смерти. 4) Метод этот должен найти широкое применение особенно у нас, где переливание чужой крови, особенно в экстренных случаях, все еще сопряжено с большими техническими затруднениями. Р.

27. *К вопросу о свободной пересадке мертвых тканей.* На основании клинических и экспериментальных исследований Носомі (Deut. Z. f. Chir., Bd. 209, H. 1—2) убедился, что свободная пересадка мертвых (консервированных в спирите или формалине) тканей может дать очень хорошие результаты. При дефектах сухожилий, напр., пересаженные куски сухожилий приживали без реакции так, что через 10 дней после операции можно было констатировать восстановление функций сухожилий. То же самое наблюдалось при пересадке мертвых кусков нервов, а также при пересадке мертвых фасций на место резецированных участков суставных костей. При пересадке мертвых мышц последние превращались в сухожильную ткань. Пересаженные участки мертвых артерий сохраняли свое трубчатое строение лишь известное время, потом превращаясь, с развитием коллатералей, в соединительнотканые тяжи. Пересадка частей желудка и кишек вела к элиминации или рассасыванию трансплантата. При закрытии дефектов мочевого и желчного пузыря соответственными тканями трансплантат делался соединительнотканым. То же имело место и при замещении дефектов durae matris кусками фасций. Р.

з) Офтальмология.

28. *Плесневые грибки, как возбудители кератита.* Проф. К. Х. Орлов (Рус. офт. ж., 1928, авг.) описывает 12 наблюдавшихся им случаев кератомикоза. Наиболее частым возбудителем болезни в этих случаях оказался *aspergillus fumigatus*. Клинически автор наблюдал обе формы поражения роговицы—и более легкую, фликтеноподобную, и тяжелую, язвенную. В этиологии во всех случаях, видимо, играла роль травма. Р.

29. *Псевдоглаукома.* А. Fuchs (Br. Journ. of ophth., 1928, febr.) отмечает, что очень часто аномалии соска зрительного нерва могут подать повод к смешению с глаукомой. Так, напр., встречаются необыкновенно широкие физиологические экскавации с бледным цветом соска, что делает их похожими на глаукоматозную экскавацию. К такому же смешению может подать повод разветвление центральных сосудов позади lamina cribrosa. Наконец, глаукоматозную экскавацию может симулировать врожденная колобома соска. Р.

30. *Сравнительная оценка иридэктомии и операции Elliot'a при глаукоме.* На основании материала, обнимающего 821 сл. различных операций у 652 глаукоматозных больных, проф. К. А. Юдин (Рус. офт. ж., 1928, авг.) приходит к заключению, что при острой глаукоме иридэктомия всегда ведет к исчезновению болей, понижению внутриглазного давления и улучшению остроты зрения; что касается хронической глаукомы, то при ней благоприятные результаты в смысле более продолжительного сохранения зрения и понижения внутриглазного давления от склерэктомии по Elliot'u получаются втрое чаще, чем от иридэктомии. Р.

31. *Сшивание слезных канальцев.* Prof. Sattler (Ztschr. f. A., Bd. 64, H. 6) для восстановления прежде рассеченных нижних слезных канальцев, в целях достижения самопроизвольного слезоотделения, применил, в качестве материала для швов, женские волосы, стерилизацию которых производил погружением их на полчаса в спирт. В 3 случаях после сшивания освеженных краев указанным швом ему удалось достигнуть хорошего слезоотделения. Е. Волженский.