

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 алкоголь. В 3 случаях после сшивания освеженных краев указанным швом ему удалось достигнуть хорошего слезоотделения. Е. Волженский.