

рекомендует лечить туберкулез экстрактом из селезенки, в форме сиропа—для употребления его или водного раствора—для подкожных инъекций. Дневная доза per os—25,0 имеет профилактическое значение, а также подкрепляет лечение инъекциями. Последнее производится в такой форме: через день по инъекции 5,0—10,0 раствора, всего 12 инъекций в течение 22 дней, после чего на 8 дней перерыв; затем снова 12 инъекций, 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. *М. Фридланд.*

364. *Новый метод торакопластики при тbc 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 инспирацию здоровыми частями легких выделять секрет из больных. Отсюда становится ясным, что торакопластика на нижних ребрах, которая так сильно травмирует 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 предохраняет от пневмонии, так как здесь происходит аспирация нижней, несравнимой долей 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 экспекторация 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 представляет 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 объем легких более, чем обычная торакопластика с резекцией 11 ребер; 6) гораздо меньшая деформация грудной клетки по сравнению с полной торакопластикой.

Л. Ратнер.

365. *К вопросу о френикотомии при легочном тbc.* 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 большей 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'u—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 Frangenheim'a при этом заболевании выключение левого n. phrenici дает лучшие результаты, чем кокаинизация нерва или операция Kirschner'a.

Л. Ратнер.

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

чаев, получил 73% излечений и 14,8% улучшений, т. е. 87,8% успеха; из остальных 12,2%, не давших благоприятных результатов, 8,5% приписли на рецидив, и лишь 3,7% закончились смертью. Автор на основании своего опыта усиленно предостерегает от больших доз, которыми особенно увлекаются немецкие врачи с современной глубокой терапией. Приблизительно столь же хорошие результаты получил от рентгенотерапии хирургического туберкулеза Altschul (реф. *ibid.*), применяя малые дозы и трубки средней мягкости. Наконец, Aundsen (реф. *ibid.*), леча х-лучами железистый туберкулез, мог констатировать у 150 своих больных 66% полных излечений.

М. Фридланд.

г) Малярия.

367. *Нахождение плазмодиев малярии в крови.* Для быстрого нахождения малярийных плазмодиев В. Г. Будылин и В. В. Андреева (Врач. Газ., 1926, № 11—12) пользуются толстой каплей, которая окрашивается раствором Methylenblau. Последний готовится так: берется 1% водный раствор Methylenblau, к нему добавляется 1% водный раствор едкого натра в количестве 0,025 куб. с. на каждый кубик раствора краски, смесь взбалтывается $1\frac{1}{2}$ —1 мин. и фильтруется. Раствор этот при стоянии не портится. В тех случаях, где желательно быстро поставить диагноз малярии, высушенный на воздухе, не желательный препарат толстой капли покрывается из пипетки на 30 сек. цельным указанным раствором, после чего промывается в воде. Или же можно приготовить из раствора разведение, прибавляя 20 кап. его и 5 кап. 1% водного раствора эозина к 10 к. с. дистил. воды и взбалтывая смесь; в этом разведении толстая капля окрашивается 5—7 мин., после чего препарат прополаскивается в обыкновенной воде и высушивается в вертикальном положении на воздухе или в термостате. Протоплазма паразитов окрашивается при этом в голубой цвет, хроматин—в темно-красный, а пигмент—в темно-коричневый.

В. С.

368. *Подная настойка при малярии.* М. А. Заусайлов (Клин. Мед., 1926, № 5) рекомендует лечить малярию большими дозами подной настойки. Последнюю принимают, начав с 5—10 кап. на прием, 2 раза в день, и с каждым новым приемом увеличивая дозу на 1 кап., пока однократная доза не дойдет до 50 кап., а суточная—до 100. Чтобы устранить вредное раздражающее действие настойки, ее принимают в молоке ($\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$ стак.) или с черным хлебом (на кусок хлеба накапывается настойка, этот кусок покрывается другим таким же, оставляется на 15 мин. и затем съедается с какой-либо пищей). Такое лечение автор советует применять после прекращения острых приступов малярии, главным образом для предупреждения ее рецидивов. По его мнению, долговременное употребление больших доз йода для человеческого организма совершенно безвредно. Благоприятные результаты такого лечения, в смысле отсутствия рецидивов малярии, д-р З. наблюдал более, чем у 100 больных, среди которых более 10 прослежены им в течение 2—3 лет.

В. Сергеев.

д) Хирургия.

369. *Лечение острого остеомиелита* было программной темой XV Съезда Хирургов в Копенгагене 25—27 июня 1925 г. (Zentr. f. Ch., 1926, № 18). Выступавшие по этому вопросу докладчики Johanson и Schilling пришли, в общем, к единодушному заключению, что при лечении острого остеомиелита методом выбора является радикальное удаление пораженного костного мозга. Особенное внимание следует обращать на метафизы, где, как правило, сосредоточивается первичный очаг. На коротких костях быстрее всего ведет к излечению резекция большого участка кости. В более легких случаях острого остеомиелита, особенно у молодых индивидуумов, достаточно инцизия. Аутовакцинация в отдельных случаях приносит пользу, но методика ее нуждается в дальнейшей разработке. При хроническом остеомиелите, по Schilling'у, лучшим способом остается радикальная трепанация и секвестростомия. Дезинфекцию полости хорошо производить пастой Morison'a, состоящей из 1,0 Bi subnitrit., 2,0 иодоформа и жидкого парафина q. s. до консистенции пасты.

М. Фридланд.

370. *Рентгенотерапия хронических артритов*, рассмотренная Arrèl-gath'ом (по реф. Zentr. f. Ch., 1926, № 12) в плоскости исторического обзора оставляет очень благоприятное впечатление: получается во многих случаях значи-