

фней яичка, евнухоидным видом и плохим основным обменом. Определение состояния основного обмена не является „биологическим“ анализом в случаях сексуального расстройства, т. е. не может служить индикатором недостаточности яичка.

М. Д.

150. *Влияние кормления свежей щитовидной железой или ее экстрактом на яичник* проследил Superbi (Ber. ii. d. g. Gyn. Bd. XIV. N. 11, 1928) на опытах с кроликами, которым вводил свежую коровью щитовидную железу или ее экстракты. S. разделил кроликов на пять серий. В первой серии кролики получали в течение 14 дней ежедневно 0,5 г. свежей щитовидной железы. Наблюдалось резкое падение веса на 500—700 г. Микроскопическая картина половых органов: матка атрофична, в яичниках зрелых фолликулов мало, больше атретичных. Тонус маточной мускулатуры понижен, атрофия слизистой с едва заметными железистыми каналами. Во второй серии кролики получали в течение 40 дней ежедневно 3—4 капли экстракта щитовид. железы. Животные прибывали заметно в весе. Матка и яичники макро- и микроскопически N. Эта серия опытов говорит, что малые дозы щитовидн. железы хорошо влияют при Базедовой болезни. В третьей серии животные получили в течение месяца 25 сг. свежей щитовидн. жел., резко исхудали, потеряв до 500 г. в весе. Микроскопическая картина такая же, как и в первой серии: особенно резки дегенеративные изменения в фолликулах, 4-ая серия—животные получали месяц экстракт щитовид. жел., повышая медленно дозу, по 5—10 капель per os. Незначительная потеря в весе до 150 г. Макрo- и микроскопически никаких изменений в половых органах не обнаружено. В пятой серии—кролики в возрасте 3-х месяцев получали в течение 4-х недель ежедневно 3—5 капель экстракта. Незначительное падение в весе, матка и яичники без изменений. Эти опыты, по мнению S., говорят, что щитовидная железа введенная per os также оказывает свое действие и что при определенном количестве могут наступить резкие изменения женских половых органов М. Д.

г) Внутренние болезни.

151. *Новые взгляды в клинике артериосклероза.* Prof. Fritz Munk (Med. Kl. № 45, 1928) ставит в связь артериосклероз с конституцией и образом жизни человека. С. М. Райский.

152. *Причины ослабления сердечно-сосудистой системы после физического напряжения,* по мнению Kaup'a и Grosse (Zeitsch. f. Kreislauf. № 24, 1928), кроются в недостатке кислорода в организме и в уменьшенном ударном объеме сердца (Schlagvolumen). С. М. Райский.

153. *Грудная жаба, как ангиоспазм, и ее лечение.* Prof. J. Pal (Med. Klinik, № 1, 1929) рассматривает грудную жабу исключительно как спазм коронарных артерий, который наступает преимущественно от раздражения вазоконстрикторов, проходящих в vagus'e. Исходным пунктом их раздражения в значительном числе случаев являются склеротические или воспалительные процессы артерий сердца и восходящей аорты, которые, как показали вскрытия, начинаются всегда с интимы. Автором не отрицается существование описанной Nothnagel'em вазомоторной грудной жабы, механизм происхождения которой, однако, по автору, тот же, несмотря на то, что на вскрытиях эти случаи не дают органических изменений в сосудах. Местом возникновения болевого раздражения является корень коронарных артерий (Wurzelgebiet). Боль не является обязательным спутником припадка. Angor pectoris есть недоцениваемый до сих пор симптом. P. подчеркивает тот факт, что припадки грудной жабы прекращаются при лихорадке и при сердечной недостаточности. Для ликвидации припадка P. считает нерациональным применение тех средств, которые устраняют некоторые симптомы, но не устраняют опасности спазма, как напр., морфий или кровопускание. В случаях грудной жабы несомненно спастического характера автор из числа терапевтических (нехирургических) средств рекомендует: атропин или еще лучше менее токсичный Novatropin; комбинацию Novatropin'a с папаверином; морфий с атропином или Novatropin'ом; 2—3 капли 1% спиртного раствора нитроглицерина внутрь; ингаляцию амилнитрита; теобромин, теофиллин, кофеин. Все эти препараты действуют сосудорасширяюще и следовательно наиболее рационально и эффективно.

С. М. Райский.

154. *Раннее проявление висцерального туберкулеза.* Berger (Zschr. f. d. ges. Exr. Med. Bd. 55) при заражении сифилисом кроликов мог констатировать у них

изменения со стороны сердечно-сосудистой системы через 5—6 месяцев. Уже в это время можно было видеть аневризму аорты; аневризма была установлена не только в области аорты, но также и *art. carotis*. Со стороны сердца наблюдались явления пристеночного эндокардита и воспалительные изменения сердечной мышцы.

Л. Виленский.

155. *Эфетонин при rhinitis vasomotorica*. W. K. Fraenkel. (Med. Klinik, 1928, № 35) приводит случай возвратного вазомоторного ринита у оперной певицы 30 лет, сопротивлявшегося 2½ года всякому лечению и ослабшего лишь за последние 8 месяцев, когда больная при появлении предвестников стала принимать эфетонин. Две таблетки этого лекарства надежно обрывали приступ, да и самые приступы стали много реже.

С. Г-в.

156. Otto Jul Nielsen (Acta medica Scandinavica, Vol. LXX (1929), fasc. I) исследовал влияние *septacrol*'я (производное акридина) на содержание сахара в крови у различных больных с нормальным углеводным обменом и у диабетиков. *Septacrol* вводился внутривенно по 5 куб. с. В первых случаях количество сахара в крови не изменялось, а во-вторых, правда, было некоторое понижение, но по величине оно не превышало тех цифр, какие получались при исследовании сахара крови у голодающих больных. Эти результаты дают право N'у считать действие *septacrol*'я резко отличным от действия инсулина. З. Блюмштейн.

д) Хирургия.

157. *Пиэлография воздухом*. Прив.-доц. Я. Г. Готтлиб и Ф. Я. Строков. (Журн. соврем. хирургия, вып. 20, 1929), применяя пиэлографию газом в 75 случ. не наблюдали раздражений даже при гидронефрозах, получали изображения от камней, которые обычно тени не дают.

П. Цимхес.

158. *Результаты оперативного лечения переломов надколенника*. K. Wergarth (Zentralblatt f. Chir. № 11, 1929) приводит 45 случ. перелома надколенника, наблюдавшихся в течение 10 лет в клинике Klose (Danzig). В 26 случаях был поперечный перелом. Консервативному лечению подверглись 16 сл. (35%), оперативному—29 (65%). В результате своих отдаленных наблюдений W. считает, что переломы с большим расхождением отломков и разрывом связочного аппарата требуют оперативного лечения. При поперечных переломах следует накладывать продольный шов с укрепляющим металлическим швом. При незначительных расхождениях отломков можно применять кетгутовые швы. П. Цимхес.

159. *Травматические невралгии*. А. Р. Безверченко из клиники проф. С. П. Федорова (Zentralblatt f. Chirurgie, № 8, 1929) экспериментально изучал условия происхождения невром и способы их профилактики. Травматическая неврома является физиологической регенерацией центрального сегмента поврежденного нерва. Болезненность невром есть результат врастания неорганизованной рубцовой ткани с последующим ущемлением регенерирующих осевых цилиндров. Механическая обработка центрального конца поврежденного нерва для предупреждения болезненности невром по способу Krüger'a, Vardenheuer'a, Bier'a, каутеризация и др. не имеют практического значения. Впрыскивание 90% алкоголя в центральный конец поврежденного нерва не спасает от образования болезненных невром. Наиболее верным средством профилактики болезненных невром является способ Федорова: обработка центрального конца поврежденного нерва при помощи ас. carbol. liq. П. Цимхес.

160. *О хирургическом лечении эмпием у детей*. Доц. А. Fischer (Zentralblatt f. Chir., № 11, 1929) в 21 случае у детей в возрасте от 2 месяцев до 16 лет применил с успехом лечение эмпием закрытым дренажем при помощи сконструированной им трубки. Принцип устройства дренажа тот же, что и устройство трахеотомической трубки: полая прямая металлическая трубка с приданной перпендикулярно к ней металлической пластинкой и отверстием для продевания бинта. В эту трубку вставляется другая металлическая трубка с меньшей перпендикулярной пластинкой и трубчатым концом для надевания резиновой трубки. Внутренняя трубка запирается в наружной, как в трахеотомической трубке. Для введения такой трубки берется стилет троакара, точно подогнанный к наружной трубке и совместно с ней проводится в плевральную полость. После извлечения стилета вводится внутренняя трубка с резиновой трубкой, и все это фиксируется. Ф. надеется, что и у взрослых можно применять этот способ лечения эмпием.

П. Цимхес.