

ущемленных пупочных грыжах, гл. обр. в случаях небольших грыж с тяжелыми явлениями. То же следует сказать о грыжах, ущемленных продолжительное время до операции. Особенно благоприятно вливание поваренной соли при инвагинациях, преимущественно у маленьких детей. Здесь, в виду частой невозможности интравенозного вливания, следует прибегать к ректальному введению соли (20% раствор в виде небольших клизм). При непроходимости толстых кишек применение повар. соли не дает результатов, т. к. в таких случаях потери соли в организме не наступает, вся роль солевого вливания здесь сводится к повышению перистальтики после операций (20 куб см. 20%-го раствора). При послеоперационных стенозах влияние солевого вливания сказывается также гл. обр. на перистальтике, в виду чего им никогда не следует пренебрегать. Значительных нарушений от вливаний солевых растворов не наблюдалось (изредка ощущение тепла во всем теле, сухость и соленый вкус во рту). Следует избегать инъекций в перивенозную ткань, во избежание болезненных некрозов. В заключение описывается метод, дающий возможность точного определения содержимого поваренной соли в крови и в кровяной плазме.

И. Цимхес.

г) Болезни уха, горла и носа.

32) Из 17 тромбозов отогенного происхождения, наблюдавшихся I. H. ubasek'ом (Otolaryngologia Slavica, 1930, S. 353), 3 случая принадлежали к *первичным тромбозам v. mastoideae*. 34-летняя женщина была оперирована на 3-ей неделе после начала острого среднего отита вследствие развившегося мастоидита. Отит начался после перенесения гриппа. На операционном столе был обнаружен, помимо гноя и грануляций в верхушечных клетках отростка, тромб *v. mastoideae*. Пункция *sinus'a* в трех местах показала кровь. Послеоперационное течение гладкое. 5-летний ребенок был оперирован по поводу острого мастоидита с флюктуирующей и болезненной припухлостью в области *v. mastoidea* при целой, но серой и набухшей барабанной перепонке и при септической температуре. Во время операции обнаружен перисинуозный абсцесс в области выхода *v. mastoideae* и тромб последней. По удалении тромба и перисинуозных клеток резкое падение температуры до нормы и быстрое выздоровление. Пятилетний ребенок поступил в клинику по поводу острого мастоидита, развившегося на почве острого среднего отита. При объективном исследовании—гной в слуховом проходе, резкая набухлость и покраснение барабанной перепонки с перфорацией в нижнем отделе при отсутствии каких-либо изменений со стороны сосцевидного отростка и задне-верхней стенки слухового прохода. Но ввиду наличия септической температуры ребенок был оперирован. Все клетки отростка заполнены гноем и грануляциями и *v. mastoidea* тромбозирована. Пункция *sinus'a* в нескольких местах дает кровь. После удаления тромба из *v. mastoidea* критическое падение температуры до нормы. Через 5 дней внезапное повышение температуры со знобами. При осмотре операционной раны обнаружен небольшой тромб *sinus'a* на месте выхода *v. mastoideae*. По удалении тромба сильное кровотечение, останавливаемое тампонадой. Через 2 дня ввиду непрекращающейся лихорадки—перевязка *v. jugularis*, вскрытие *sinus sigmoideus* и удаление имеющегося тромба в последнем. Через 10 дней новая ревизия операционной раны, где был обнаружен тромб поперечной пазухи. Через несколько часов после этой операции—*exitus*. Аутопсия нового не дает. Автор считает, что в данном случае был изолированный первичный тромбоз *v. mastoideae*. Тромбоз синуса развился позднее вследствие эндотромбозических изменений пазухи.

Б. Голланд.

33) Н. Richter (Münch. med. Woch., 1930, № 32, S. 1354) подробно останавливается на *показаниях к резекции носовой перегородки*. Отсутствие носового дыхания при наличии искривленной носовой перегородки и морфологически измененных раковин является одним из главных показаний к резекции перегородки. При воспалительных процессах в носу должно быть точно установлено, поддерживается ли данный процесс имеющейся деформированной перегородкой, в противном случае автор считает резекцию перегородки грубой ошибкой. Также обстоит вопрос при вазомоторных ринитах. Последнее усиливается имеющимися выступами и шипами перегородки, вызывающими раздражение противолежащих набухших, но не гиперпластических раковин. Все-таки автор считает, что также при этих формах должно быть предварительно испробовано консервативно-терапевтическое лечение (прижигание и др.). При бронхиальной астме автор рекомендует резекцию

имеющейся искривленной носовой перегородки только тогда, когда всякое другое лечение безрезультатно исчерпано. Резекцию искривленной носовой перегородки автор считает показанной, если выступающая часть перегородки мешает провести лечение лобной пазухи и решетчатого лабиринта. При резекции носовой перегородки автор считает необходимым тщательное удаление всех частей перегородки, принимающих участие в деформации ее.

Б. Голланд,

34) *Редкий случай септического кровоизлияния гортани со смертельным исходом* описывает Z i m m e r m a n n (Münch. med. Woch. 1930, № 32). Железнодорожный рабочий, 45 лет, получил ранение указательного пальца левой руки; приблизительно через месяц палец был вылуцен после лихорадочного состояния вследствие присоединившегося, по мнению врачей, бронхита. Через 24 дня после экзартикулации выплан с гранулирующейся раной и хорошим состоянием в легких. Через 3 недели больной был вторично принят на стационарное лечение вследствие имеющегося лимфаденита и лимфангоита левого плеча и предплечья. На завтрашний день больной во время дефекации почувствовал себя очень плохо, затруднение дыхания, синюшная окраска кожи, пульс частый и слабый, через 5 минут смерть. На вскрытии оказалось, что под истинными голосовыми связками были две гематомы, почти заполняющие просвет гортани.

На основании истории болезни и данных аутопсии автор считает, что больной перенес сепсис, во время которого появились кровоизлияния подслизистого пространства, усилившиеся вследствие резкого напряжения всей мускулатуры во время дефекации и поведшие к смерти из-за заполнения просвета гортани.

Б. Голланд.

д) Офтальмология.

35) O s c h i (Klin. Monat. f. Aug. 1931, Bd. 86, März) нашел у трахоматозных больных в соединительной и роговой оболочках тельца, которые он считает за особый вид *микрорганомов*, являющихся *возбудителями трахомы*. Ему удалось перенести их на человека; опыты с животными оказались отрицательными. Оставляя бактериологическое исследование этих микрорганомов своему сотруднику доктору N o g a m i, он произвел гистологическое исследование трахоматозной ткани в срезах, пользуясь окраской: Lithionkarmin или Alaunkarmin — Gram — Weigert. При этой окраске микрорганомы темно-фиолетового цвета, разнообразной величины, лежат разрозненно и группами или в клетках (особенно часто в лейкоцитах, эндотелиальных клетках, эпителиальных и реже в клетках соединительной ткани). В заключение им высказано мнение, что открытые микрорганомы аналогичны так наз. «Cryptococcus farciminosus», возбудителю болезни лошадей и коров Lymphangitis episoetica.

Н. Блудштейн-Невороожкина.

36) N o g a m i (Klin. Monat. f. Aug. 1931, Bd. 86 März) при бактериологическом исследовании кусочков *трахоматозной ткани* выделил *чистую культуру микрорганомов*, по его мнению аналогичные тем, что O s c h i получил гистологическим путем. Предварительно обработанные антиформином, кусочки трахоматозной ткани погружались в две питательные среды: одна, как ее называет а. «Kojisemmagar», а другая — несколько им модифицированная Лёффлеровская сыворотка. В окружности погруженных кусочков через 1—4 недели появляется муть, в которой он находил споры, а еще через месяц и мицелии. Эти микрорганомы развиваются аэробно и анаэробно, желатина они не разжижают, ¹⁰ необходимая для их развития 22—25°C. На обеих питательных средах колонии вначале безцветные, потом белого, желтоватого, коричневатого и, наконец, темно-коричневого цвета. Беря сыворотку трахоматозных больных, он у всех получал положительную реакцию на агглютинацию, у здоровых и при хроническом конъюнктивите она отсутствовала.

Н. Блудштейн-Невороожкина.

е) Неврология.

37) E. H o e d e m a k e r и M. V i r n s. (Journ. of Americ. med. Assoc. 1930, juli) описывают результаты, полученные ими от *лечения паркинсонизма 10% tincturae stramonii* у 31-ого пациента (4 классич. paralysis agitans, 27 последствия эпид. энцефалита). Из случаев эпид. энцефалита очень хорошие результаты отмечены в 7 сл.: ригидность резко уменьшилась, уменьшилась саливация, заметно улучшилось и психическое состояние; в 5 случаях наблюдалось заметное улучшение