

случаях заслуживает большого внимания. При этом наличие гипертонии вегетативной нервной системы при данной болезни является одним из главных моментов в показаниях к применению указанного способа. Механизм влияния ртутно-кварцевого облучения сводится, повидимому, главным образом к понижению тонуса симпатической нервной системы и, следовательно, понижению восприимчивости к передаче раздражений рефлекторной дуги дыхательного нервного аппарата. Случаи с невыраженной гипертонией дают мало шансов на улучшение от лечения по разбираемому методу.

Л. Н. Клячкин.

74. *О лечении гипосекреции и ахилии желудка диатермий.* Б. Шимшевич (В. Совр. Мед., 1927, № 21) нашел, что диатермия должна применяться во всех случаях пониженной секреции желудка, включая и ахилию. При повышенной секреции, напротив, лечение диатермий противопоказано. Помимо своего термического действия на слизистую желудка диатермия играет, повидимому, роль электронного возбудителя желез (положение это нуждается, впрочем, в экспериментальной проверке).

Л. Н. Клячкин.

75. *Светолечение при диабетических поражениях кожи.* Rothman (Strahlentherapie, Bd. 24, N. 3) с успехом применил ультрафиолетовые лучи у больного, страдавшего судом на почве сахарной болезни, тогда как диета и инсулин без светолечения не дали больному никакого облегчения. В другом случае, у больной с микозом на диабетической почве, улучшения удалось достичь лишь после местного освещения пораженных частей: наступила эпителиализация эрозий, исчезновение воспалительной гиперемии, мучительного суда и т. д.; при погрешности в диете суд в этом случае возобновился, но только на участках, не подвергавшихся освещению. Благотворное действие света при диабетических поражениях кожи объясняется не только сахаропоникающим влиянием ультрафиолетовых лучей, но и непосредственным воздействием их на кожу.

Л. Н. Клячкин.

### д) Хирургия.

76. *К дезинфекции операционного поля.* Д-р А. Славин (Нов. Хир. Арх., 1927, № 52) на основании 403 операций с обработкой операционного поля 5% спиртовым раствором пикриновой кислоты считает последнюю вполне надежным средством для дезинфекции операционного поля (4% нагноений). В силу своего сильно дубящего свойства раствор пикриновой кислоты может заменить йодную настойку. Ни ожогов, ни экзем от применения этого средства автор не видел, равно не наблюдал от смазывания 5% спиртовым раствором пикриновой кислоты даже обширных участков кожи и слизистой и общего отравления. Окраска кожи, получающаяся при смазывании раствором пикриновой к-ты, больших недостатков не представляет.

П. Цимхес.

77. *К вопросу о лумбальной анестезии.* Д-р В. Хазарадзе (Нов. Хир. Арх., 1927, № 52) разбирает 1546 случаев операций, произведенных под спинномозговой анестезией в Госпит. Хирургической клинике Тифлисского Университета. Продолжительность аналгезии в среднем равнялась, в этих случаях, 1 часу 25 мин. Возраст больных был от 15 до 80 лет. Операции под спинномозговой анестезией производились при заболеваниях, локализовавшихся ниже пупка, каковые заболевания составляли 18,5% материала клиники. Недержание кала после этого вида анестезии наблюдалась в 3 случаях. Из других осложнений следует отметить парез нижних конечностей в течение 7 дней — в 1 сл. и головные боли, продолжавшиеся 1—3 дня, — в 46 сл. Противопоказано лумбальную анестезию автор считает при заболеваниях позвоночника, спинного мозга и его оболочек, тяжелой истерии и неврастении, фурункулезе спины, а также в детском возрасте (до 12 лет).

П. Цимхес.

78. *Обезболивание при операциях по поводу зоба.* Lundgren (Arch. f. klin. Chir., Bd. 147, N. 3) на основании 110 операций, произведенных по поводу зоба, приходит к заключению, что, чем токсичнее зоб, тем чаще следует при оперировании его прибегать к местной анестезии, по возможности избегая эфирного наркоза.

П. Цимхес.

79. *О влиянии рентгенотерапии зоба перед оперативным его лечением.* Д-р В. С. Галкин (Нов. Хир. Арх., № 53, 1927) приводит 2 случая смерти больных, подвергавшихся предварительно рентгенотерапии, после струмэктомии. Еще Eidelesberg заметил, что операция удаления зоба бывает после предте-

ствовавшей рентгенотерапии чрезвычайно трудна из-за обилия спаек и сращений железы с окружающими тканями. Автор находит, что шансы базедовика, предварительно леченного рентгеном, перенести благополучно операцию резко падают еще и потому, что сердце таких больных весьма чувствительно к веществам, выделяемым щитовидной железой. Энергичное облучение вызывает усиленное выделение указанных веществ, и сердце отравляется при этом сразу большой дозой яда.

И. Цимхес.

80. *Наркозные параличи плечевого сустава*. Д-р С. И. Тюменев (Нов. Хир. Арх., 1927, № 53) приводит три случая наркозных параличей пери-периферического происхождения на почве травматизации первых стволов. Предрасполагающими моментами, по мнению автора, здесь могут служить предшествовавшее истощение нервной системы больного и отравление ее каким-либо специфическим ядом (алкоголь, сифилис). Для предупреждения параличей рекомендуется праильнее держать руки у больных во время наркоза,—в частности не запрокидывать их за голову и не предоставлять собственной тяжести. П. Цимхес.

81. *К лечению послеоперационной задержки мочеиспускания*. Сравнивая, на основании ряда наблюдений, эффект различных фармакологических средств, предложенных против послеоперационной задержки мочи (сернокислой магнезии, уротропина, пилокарпина), д-р В. И. Мирер (Нов. Хир., 1927, № 7) отдает из них решительное предпочтение пилокарпину (вводимому подкожно в количестве 1 к. с. 1% раствора). На втором месте автор ставит уротропин и на последнем — сернокислую магнезию, эффект которой менее верен и наступает лишь через несколько часов после впрыскивания.

P.

82. *К лечению столбняка*. С. Носке (Wien. kl. W., 1927, № 42) сообщает, что в клинике Eiseleberg'a было втечение 20 лет 25 случаев столбняка,—очень мало по сравнению с большим числом доставленных сюда больных с травматическими повреждениями. Болезнь проявлялась в двух формах—молниеносной, всегда убивавшей больного, и затяжной, часто кончавшейся выздоровлением. При каждом травматическом повреждении в настоящее время в клинике принято вводить профилактически 20 единиц столбнячного антитоксина. При явном заболевании также всегда выдвигается на первый план специфическая терапия,—ежедневно вводится 100 единиц под кожу, в вены или в спинномозговой мешок; наряду с этим больным даются симптоматические средства. С. С-в.

83. *Лечение варикозных расширений вен нижних конечностей*. Е. Унгер (Zentr. f. Chir., 1927, № 51) обнажает v. saphenam у ее впадения в v. femoralis, рассекает ее и в дистальный конец вводят мочеточниковый катетер (катетер этот автору удавалось провести, при нетромбозированных сосудах с большим просветом, ниже коленного сустава, до нижней трети голени); затем через этот катетер вводится, при помощи 10—20 грам.-шприца, 20% солевой раствор или раствор глюкозы, причем сам катетер в это время осторожно извлекается. Для уменьшения болей к вышеуказанным растворам можно прибавлять 1% раствора новокаина. Автор применял этот способ втечение двух лет и очень довolen получаемыми результатами.

И. Цимхес.

84. *Внутренний дренаж желчного пузыря*. W. Stelle (Surg., Gynec. and Obstetrics, 1927, № 3) на основании материала в 100 случаях отдает, при воспалительных заболеваниях желчного пузыря, предпочтение холецистодуоденотомии или холецистогастростомии перед холецистэктомией. После наложения соустия обычно инфекция стихает, желчь свободно проходит в кишечник, холецистит больше не рецидивирует, и не наблюдается восходящего холангита. Смертность после названных операций ниже, чем после холецистэктомии. Противопоказанными эти операции являются при остром или подостром панкреатите. Повторные операции, произведенные автором у 5 больных, обнаружили хорошее функционирование анастомоза. Желчный пузырь был найден в этих случаях превратившимся в круглый проток, диаметром около  $\frac{3}{8}$  дюйма, содержащий желтую печеночную желчь.

П. Цимхес.

85. *Оперативное лечение выпадений прямой кишки*. Д-р А. Н. Никишин (Нов. Хир. Арх., 1927, № 52) оперировал по поводу различных степеней выпадения прямой кишки 23 больных, из них у 5 он произвел колопексию по Кюмье. Автор считает эту операцию физиологичной, целесообразной и, при современных достижениях в области асептики,—безопасной. В частности колопексия