

ствовавшей рентгенотерапии чрезвычайно трудна из-за обилия спаек и сросдений железы с окружающими тканями. Автор находит, что шансы базедовика, предвзительно 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 сплетения.* Д-р С. И. Тюменев (Нов. Хир. Арх., 1927, № 53) приводит три случая наркотических параличей 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 правильное держать руки у больных во время наркоза, — в частности не запрокидывать их за голову и не предоставлять собственной тяжести. *И. 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 выпрыскивания.

Р.

82. *К лечению столбняка.* С. Носче (Wien. kl. W., 1927, № 42) сообщает, что в клинике Eiselsberg'a было в течение 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 спинномозговую мешок; наряду с этим больным даются симптоматические средства.

С. С-в.

83. *Лечение варикозных расширений вен нижних конечностей.* Е. Уnger (Zentr. f. Chir., 1927, № 51) обнажает v. saphenam у ее впадения в v. femoralis, рассекает ее и в дистальный конец вводит 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 грм.-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 в течение двух лет и очень доволен получаемыми результатами.

И. Цимхес.

84. *Внутренний дренаж желчного пузыря.* W. Steel (Surg., Gynec. and Obstetrics, 1927, № 3) на основании материала в 100 случаев отдает, при воспалительных заболеваниях желчного пузыря, предпочтение холецистодуоденотомии или холецистогастротомии пред холецистэктомией. После наложения соустья 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, содержавший желтую печеночную желчь.

И. Цимхес.

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

по К ü m m e r ю является вполне оправдывающей себя операцией при ректальных выпадениях с язвенными поражениями. Противопоказана она при ректальных выпадениях с гангренозными поражениями слизистой, у очень малолетних, истощенных детей и у стариков. После операции автор рекомендует поддерживать втечение 2—3 месяцев кашнеобразный стул соответствующей диетой.

И. Циммерс.

е) *Акушерство и гинекология.*

86. *Физические и химические особенности околоплодной жидкости.* Исходя из несомненных фактов, что окружающая среда имеет огромное влияние на развитие растущего организма, В и н о г р а д о в а (Zentr. f. Gyn., 1927, № 50) тщательно исследовала физико-химические свойства околоплодной жидкости для того, чтобы точнее изучить влияние этой среды на развитие плода. Физическое изучение составных частей жидкости показало, что минеральные части ее подвергнуты действию ¹⁹ в 700°С, получают способность флуоресцировать в темноте, и притом так сильно, что можно ясно различить циферблат часов. Свет получается благодаря образованию сернистого кальция, который при накаливании образуется за счет содержащихся в жидкости солей кальция и белковых веществ. Замечательно, что сернистый кальций, добытый не из околоплодной жидкости, флуоресцирует значительно слабее того, который получен из околоплодных вод; следовательно, в околоплодной жидкости имеются какие-то активаторы, которые усиливают фосфоресценцию этого вещества; весьма вероятно, что таковыми являются радиоактивные вещества. Присутствие последних доказывается тем, что сухой остаток, полученный от выпаривания околоплодной жидкости, действует на чувствительную фотографическую пластинку через не пропускающую свет черную шелковую бумагу; следовательно, в этом сухом остатке содержатся вещества, которые испускают лучи, невидимые для глаза, но действующие на фотографическую пластинку, т. е. околоплодная жидкость обладает ясно выраженной радиоактивностью. Так как элементы радия в малых дозах возбуждают рост тканей, то весьма вероятно, что околоплодная жидкость не только является питательной средой для плода, но и мощным активатором, способствующим созданию из одной клетки целого сложного организма.

Е. Заболотская.

87. *Новый метод для определения начальных стадий беременности.* предлагает д-р Г. Д а в ы д о в (Münch. med. Woch., 1927, № 52). Автор утверждает, что, если внутреннее исследование производится поочередно сначала правой, а затем левой рукой, то объем матки представляется различным: когда внутренней рукой является правая, а левая пальпирует наружные брюшные покровы, объем матки кажется значительно меньше того, который определяется потом, если внутренней рукой становится левая, а пальпацию снаружи будет производить правая рука. Это явление особенно резко выступает в начальных стадиях беременности. Объяснения ему автор не проводит, но предполагает, что оно зависит от различной тактильной чувствительности обеих рук.

А. Вылегжанин.

88. *К терапии аборта.* В u n d (Münch. med. Woch., 1927, № 29) при лечении абортов придерживается средней линии поведения. Если нет лихорадки и наружный зев открыт, то показано немедленное инструментальное опорожнение матки. При не вполне открытой шейке применяют пузырь со льдом, хинин и питу-гландол до полного раскрытия матки. Если эти средства оказываются недействительными, приступают к осторожной дилатации шейки. В случае лихорадки к расширению можно прибегнуть лишь при условии, если инфекция не вышла из пределов матки. 81% всех не лихорадивших абортов, будучи лечены активно, протекли без осложнений; смертность равнялась 0. Из лихорадивших абортов лечено 77%, причем осложнения имели место лишь в 14%, тогда как у леченных консервативно они наблюдались в 53%; смертных случаев было в этой группе 14, причем все они были доставлены в безнадежном состоянии и никакой активной терапии не подвергались.

А. Тимофеев.

89. *Результаты лечения эклампсии* сообщает Peralta Ramos (по Berich. ii. d. ges. Gyn., Bd. XII). из Буенос-Айреса, за последние 7 лет. Эклампсия беременных лечилась по Z w e i f e l-С т р о г а н о в у, при неудаче лечения—кесарское сечение; смертность матерей равнялась 20%, смертность детей—50%. Эклампсия sub partu при лечении по С т р о г а н о в у дала 0% смертности матерей и 15% смертности детей. Комбинированное лечение по С т р о г а н о в у с ускорен-