

чески-неврологическое заболевание, встречающееся в Германии гл. обр. в психиатрических б-цах. В большом количестве пеллагра распространялась в Германии после войны в связи с кризисом и снижением жизненного уровня и питания населения. Терапия и профилактика пеллагры заключаются в улучшении питания: полноценный биологически белок (молоко, мясо, печень), свежие овощи, дрожжи. Большие затруднения встречает лечение, когда б-ые, вследствие гастроэнтерита, не в состоянии использовать в достаточной степени пищу или при неукротимой рвоте. В тяжелых случаях рекомендуются повторные переливания крови.

Ив. Галант.

Магенау (Magenau. Eigenblutbehandlung der Schizophrenie. Psych.-Neurol. W. № 38, 1933) указывает на небезопасность применения аутогемотерапии, которая теперь в большой моде. Бывают случаи с грозными анафилактическими явлениями. Что касается специально психозов, то в легких случаях рекомендуется медикаментозная и парентеральная белковая терапия, в более тяжелых случаях следует применять пирифер и сапровитан. В безнадежных же случаях можно пробовать и аутогемотерапию.

Ив. Галант.

б) Хирургия.

Рентгенологическое исследование контуров хрящей суставов и менисков производил D-r Karl Bückart (Zentralbl. f. Chir., 1933, № 3) при помощи „Uroselectan B“—35% водный раствор Uroselectan'a. Автор в 30 случаях заполнения суставов упомянутым контрастным веществом при различных заболеваниях получал ясную картину от 1—3 к.см. раствора. Впрыскивание производилось прямо в суставную щель. После 20—30 движений в суставе производился снимок.

И. Цимхес.

Против дренажа. Prof. D. Kulenkampf (Zentralbl. f. Chir. 1933, № 38) делится своим опытом ограничения дренирования полостей и ран. При операциях на головном и спинном мозгу, при строгом соблюдении асептики, необходимо стремиться наглухо зашивать твердую мозговую оболочку, а если это невозможно, то кожную рану. Для остановки кровотечения следует прибегать к помощи мышечных лоскутов, Vivocoll, Tabotamp и др. и только в крайнем случае прибегать к дренажу на 24 часа. Нередко вместо дренажа вводится марлевая полоска. При абсцессах мозга автор уже много лет не прибегает к дренажу, после вскрытия рана заполняется мазью. Осложненные гнойные раны черепа лучше покрывать маевой повязкой. Против сильного пролапса мозга лучше производить пункцию спинномозгового канала.

Раны после струмектомии дренируются на 24 часа. При ранах шеи, подмышечной и паховой областей надо для лимфоотделения вводить дренаж.

Брюшная полость, даже при перитонитах, закрывается наглухо. Только ограниченные нарывы (аппендикулярные, поддиафрагмальные) дренируются 24 часа. Нарывы Дугласова пространства дренируются через влагалище 1—2 дня и больше. После холецистэктомии—на культю, после пиэлотомии, уретро-и цистотомии—на месте швов оставляется на 5—6 дней тампон. При операциях на прямой кишке, геморрое вводится в прямую кишку, толщиной с указательный палец, дренаж до первого отправления кишечника.

При септических и гнойных ранах лучше большие разрезы, чем дренаж или тампон. Так, где последние применяются, то не больше, как на 1—2 дня.

И. Цимхес.

Об операциях по поводу паховой грыжи. Prof. Drüner (Zentralblatt f. Chir. 1933, № 36) присоединяется к мнению, что не следует при восстановлении пахового канала сшивать мышцы с пупартовой связкой, так как это ведет к атрофии мышцы и образованию рубцов. Автор защищает предложение H a s k e n b r u s c h'a, а у нас в Союзе Кимбаровского, заключающееся в избегании сшивания мышц и в наложении швов на апоневроз m. obliq. ext. и пупартовую связку.

И. Цимхес.

Происхождение дрожания гидатид при эхинококках пытаются объяснить E m m. Kondoleon и E. Dragonas (Zentralblatt f. Chir. 1933, № 36) разностью удельного веса содержимого кист. Этот феномен зависит от вязкости содержимого, его напряжения и толщины и эластичности стенок кисты. Авторы экспе-

риментальным путем убедились, что тонкостенные кисты, наполненные чистой водой, почти не передают дрожания, но, если к содержимому прибавить сахар, то дрожание становится ясным. При уменьшении напряжения кисты ослабляется передача дрожания. При толстостенных фиброзных обызвествленных кистах дрожание не обнаруживается.

И Цимхес.

Обызвествление при френнкоэкзерезе G. V. Lobmayer (Zentralbl. f. Chir., 1933, № 36) произвел 125 операций френнкоэкзереза при следующей анестезии: Впрыскиваются 8—10 смм. 2% раствора новокаина с адреналином в верхний угол треугольника, образованного m. sternocleidomastoid., v. jugularis externa и ключицей. Инфильтрация производится перпендикулярно вниз по направлению к ключице и в глубину.

И. Цимхес.

Камфорный фенол как профилактическое средство при асептических операциях. D-г Karl Urban (Zentralbl. f. Chir., 1933, № 35) произвел свыше 8000 асептических операций в течение 8 лет, где, перед закрытием кожной раны, вливал подкожно 10—20 капель камфорного фенола. Ни в одном случае автор не наблюдал побочных местных или общих осложнений; наоборот сложилось впечатление, что камфорный фенол способствует первичному заживлению ран и сокращает частоту выгнаиваний лигатур. Пропись камфорного фенола; Camphor. Japan. 60,0, Acid. carbol. cristall. 30,0, Alcohol absol. 10,0.

И. Цимхес.

Паравертебральные инъекции при панкреатитах. D-г Hans L. Porrer (Zentralbl. f. Chir. 1933, № 35) предлагает для диагностических, а иногда и терапевтических целей производить паравертебральные инъекции новокаина (D 8—10 слева). Автору удавалось паравертебральными инъекциями прекратить или уменьшить болевую чувствительность при острых панкреатитах и ими пользоваться как распознавательным признаком при дифференциации с другими заболеваниями.

И. Цимхес.

Обызвествление менисков в коленных суставах. D-г P. Müller (Zentralbl. f. Chir., 1933, № 35) наблюдал обызвествление менисков в 1% случаев с одновременным существованием у б-ных arthritis deformans. Причину развития обызвествления менисков автор находит в конституциональных факторах, на что указывает и одновременное наличие arthritis deformans. Травма может служить predisposing фактором для развития обызвествления менисков.

И. Цимхес.

О границах безопасности и технике спинномозговой анестезии. Sh. F. Fagan и W. D. Wightman (Anesth. a. Analg., 1933 12) на 250000 случаев применения спинномозгов. анестезии по сводной статистике нашли 40 смертельных исходов, зависящих от обезболивания. Преимущества спинномозговой анестезии — в постоянном расслаблении мускулатуры, хорошем тоне кишечной трубки, не наблюдаются расстройства дыхания и поражения почек и печени. У диабетиков спинномозговая анестезия не оказывает влияния на внутресекреторную функцию организма. Авторы считают, что всякий б-ной, который переносит люмбальную пункцию, в состоянии благополучно перенести спинномозговую анестезию.

И. Цимхес.

О тетанических явлениях при эфирном наркозе. W. N. Kemp (Anesth. a. Analg. 1933, 12) считает, что усиленное дыхание при эфирно-кислородном наркозе ведет к алкалозу крови. Этим автор объясняет склонность к тетаническим явлениям при и после наркоза.

И. Цимхес.

с) Гинекология.

О лечении пuerперального сепсиса местной внутритканевой вакцинацией. Spirito (Zbl. f. Gyn., 1933, № 33) считает хорошим лечебным методом — повторные инъекции, каждые 3 дня, глубоко в паренхиму влагалищной части $\frac{1}{3}$ куб. сант. polyvalентной вакцины (стрептококков 1 миллиард, стафилококков и гонококков по 500 миллионов и кишечн. палочек 300 милл. в 1 куб. сант.). Инъекции нужно продолжать до тех пор, пока они перестанут вызывать реакцию.

П. Маненков.

Искусственно вызванный рост человеческой матки. Claiberg (Zbl. f. Gyn., 1933, № 34) в одном случае, при наличии преждевременного климактерия и очень небольшой матки в результате перенесенной операции двустороннего удаления придатков матки, применил б-ной в течение 18 дней 160,000 ME. прогестона (действенный фолликулярный гормон) и получил быстрый рост матки. Изменения матки до и после лечения были подтверждены метросальпингографией.

П. Маненков.