

210. *Лечение инъекциями собственной крови больного.* Д-р В. М. Иванов (Рус. Кл., 1927, сент.) применил аутогемотерапию более, чем у 70 больных. Кровь бралась у последних шприцем из локтевой вены, выпрыскивалась обратно в чистом, реже в дефебринированном виде, в количестве 10 к. сант., подкожно или, чаще, внутримышечно (в ягодицы). При этом оказалось, что инъекции собственной крови больных не дают (или почти не дают) ни общей, ни местной реакции, лечебное же их действие состоит вне сомнений; особенно хорошие результаты дает аутогемотерапия при роже, ангине, фурункулезе, экземе, остром ревматизме и крупозной пневмонии. Р.

211. *Плазмохин при малярии.* В виду неприятных побочных действий хинина (горький вкус, шум в ушах, желудочные расстройства, гэморрагии, гэмоглобинурия и пр.) было предложено много средств для замены его. Из этих средств Mouzon (Presse med., 1927, № 87) остановился на плазмохине. Roehl установил, что средство это действует в 60 раз сильнее хинина, разрушая паразитов малярии в крови. На людях (паралитиках, леченных малярией) впервые плазмохин был испытан Sioli в 1925 г. Обыкновенно он дается per os по 0,02—0,05 (0,05—0,1 в день). Плазмохин не имеет горького вкуса, растворим, в 2 дня обрывает приступы malariae tert., разрушает гаметы, причем паразиты исчезают на 5—7-й день; рецидивы при нем наблюдаются реже, чем при хинине. В хронических случаях малярии с анемией, гепато-и спленомегалией он повышает количество Hb, препятствует гипертрофии селезенки и печени. Плазмохин вылечивает, далее, хинино-резистентные случаи. Профилактические приемы его дали Fische'ry 15% малярийных приступов, тогда как профилактика хинином дала 25—30% заболеваний. Автор особенно подчеркивает элективное действие плазмохина на гамет тропической малярии. Средство это хорошо переносится детьми и беременными, а также истеричными, сердечными и тбс больными, пневмониями и нефритиками. Из неприятных побочных действий автор отмечает цианоз, бледность лица, меланурию; действия эти наблюдаются главным образом при высоких дозах средства (0,1—0,15 в день) и быстро исчезают после прекращения приема лекарства.

Н. Крамов.

212. *Соотношение между К и Са при некоторых заболеваниях в связи с вопросом о лечении их хлористым кальцием.* Нишнев и ч (Врач. Газ., 1927, № 21) делится результатами своих наблюдений о взаимоотношении солей К и Са в крови при заболеваниях сердца, бронхиальной астме и болезнях желудка, приходя к выводам, что для представления о солевой картине крови необходимо исследовать как Са, так и К, и что при одной и той же болезненной форме мы не всегда имеем одну и ту же картину. Что касается лечения СаCl<sub>2</sub>, то автор горячо рекомендует это средство при заболеваниях сердечной мышцы (более 200 наблюдений) и при декомпенсированных клапанных пороках. При поражениях аортального клапана автор впрочем советует СаCl<sub>2</sub> не применять, т. к. замедление пульсовых ударов после этого средства ведет к тем же результатам, к каким ведет наперстянка. Курс лечения автор проводил сначала одним СаCl<sub>2</sub> внутривенно, затем в комбинации с сердечными (наперстянка). При бронхиальной астме Н. получал заметные результаты в случаях острых, при коротко протекающих приступах, у больных же, где приступы носили постоянный характер, лечение было совершенно безрезультатным; замечавшиеся у этих больных, при применении СаCl<sub>2</sub>, более ровное и правильное дыхание и ослабление одышки автор объясняет больше влиянием на сердечную мышцу, чем на основное заболевание. У желудочных больных он видел эффект в случаях с пониженной кислотностью, в случаях с повышенной кислотностью успех сказывался часто лишь после больших доз, малые же дозы вызывали ухудшение.

С. Шерман.

## г) Хирургия.

213. *К патологии гельминтиаза.* Д-р А. А. Крылов (Нов. Хир. Арх., 1927, № 50) описывает случай, где у женщины была удалена опухоль слепой кишки с гусиное яйцо величиною. При исследовании оказалось, что опухоль эта представляет собою гранулему, содержащую несколько экземпляров власоглава (trichoscephalus dispar)—круглой глисты, которая, как известно, встречается у человека чаще всех других круглых глист. Р.

214. *Дивертикулез тонких кишек.* Godard (Revue de chir., 1927, № 1) описывает случай множественного дивертикулеза тощей кишки, случайно найден-

ного во время операции, произведенной по поводу непроходимости. На расстоянии 10 см. от начала тощей кишки располагался ряд дивертикулов в количестве 25, по обоим сторонам прикрепления брыжейки. Микроскопическое исследование обнаружало отсутствие в стенке дивертикулов обоих мышечных слоев, свойственных тонкой кишке, вследствие чего брюшина в них непосредственно прилегала к слизистой. Т. о. дивертикулы эти можно рассматривать, как грыжи кишечной стенки. До 1923 г. собрано 30 случаев дивертикулов тощей кишки (Sheffe). Их этиология не выяснена. По одним авторам существует врожденный дивертикулез или врожденное предрасположение к нему; другие авторы допускают возможность приобретенного дивертикулеза на почве артериосклероза мезентериальных сосудов, расширения вен, старческого изменения кишечной мускулатуры, наконец, инфекции, создающей слабые места в кишечной стенке и выпячивание ее под действием внутрикишечного давления. Симптомы неопределенны—чувство давления в желудке и вздутие, наступающие после еды, иногда симптомы язвы и холецистита. Наиболее точно диагностируются дивертикулы кишек при помощи рентгенокопии после контрастного завтрака: тогда слева от пупка видны бывают один или несколько темных уровней на месте каждого дивертикула. Лекарственное лечение редко дает хорошие результаты. Лучшим методом нужно считать резекцию пораженного участка кишки, если только она возможна.

М. Знаменский.

215. *Инвагинация желудка.* Schmieden и Westhues (Deut. Zeit f. Chir., 1927, Bd. 200) наблюдали случаи инвагинации желудка, вызванной очень обширной группой полипов, которые опустились до начала тощей кишки. Внезапно заболевшая 78-летняя женщина была спасена ревагинацией и резекцией желудка.

С. С-в.

216. *Наблюдения над эпинефректомией.* Stulz и Sticker (Revue de chir., 1927, № 3) описывают 8 случаев эпинефректотомии, из клиники Leriche'a, при спонтанной гангрене. Операция производилась после предварительной симпатэтомии, иногда повторной, и только в случае ее неуспеха. В 2 случаях результаты ее были превосходные,—заживление язв и исчезновение болей (один случай прослежен течение года); в 2 других случаях получилось временное улучшение,—возврат болей и перемежающейся хромоты через несколько месяцев в одном случае и рецидив гангрены с последующей ампутацией в другом; в 3 случаях операция не дала никакого улучшения; наконец, в последнем случае прошло слишком мало времени для выводов, но пока непосредственный результат операции хороший.

М. Знаменский.

217. *Местная аутогемотерапия по Læwen'у при воспалениях потовых желез.* Проф. O. Wiedhoph (Zentr. f. Chir., 1927, № 45) приводит четыре случая нарывов потовых желез, успешно леченных впрыскиваниями собственной крови больных в ткани, окружающие абсцесс.

И. Цимхес.

218. *Сол-бациллярная сыворотка при перитонитах.* Проф. Katzenstein (Zentr. f. Chir., 1927, № 24) предлагает применять антиоксическую сол-бациллярную сыворотку при всех поздних операциях по поводу разлитого перитонита, где в гное находится кишечная палочка. Перед операцией больным вводится под кожу 1 куб. с. такой сыворотки для предупреждения возможных анафилактических явлений. Если затем во время операции выяснится участие кишечной палочки в возникновении перитонита, то тотчас после операции вводится внутривенно 25 и внутримышечно—75 куб. с. сыворотки. В одном тяжелом случае такие впрыскивания пришлось производить 4 дня подряд прежде, чем получился успех.

И. Цимхес.

## д) Ортопедия.

219. *О лечении переломов шейки бедра.* G. Jancke (Zentr. f. Chir., 1927, № 13) рекомендует для этой цели консервативный метод Whitman'a-Lorenz'a, примененный им у 16 больных. Лечение заключается в длительном ношении гипсовой повязки. Сначала течение 3 месяцев больной лежит в постели, причем гипс накладывается с полукорсетом и захватывает всю стопу; следующие 4 недели он начинает ходить со стременем, затем освобождается стопа, и еще через месяц снимается гипс с голени. После 6 мес. гипс снимается совсем, и больному рекомендуется с'емная повязка еще течение 6 мес. На основании своего опыта автор приходит к заключению, что этот метод дает превосходные результаты.

А. Алексеева-Козьмина.