

461. К лечению тbc артритов. С целью превращения холодных, ишемических воспалительных процессов в острые воспалительные процессы Вреден (Орт. и Травм., 1928, кн. 5—6) предлагает производить механическую травму вблизи тbc очага вколачиванием костного трансплантата в пораженный эпифиз. Техника операции такова: желобоватое долото вколачивают чрез один суставной конец в другой и оставляют до изготовления костно-надкостничного трансплантата из tibia; затем долото извлекают, а в образовавшееся отверстие вколачивают трансплантат, после чего фиксируют конечность гипсом на 4—6 недель. В виду того, что трансплантат в области суставной щели вскоре рассасывается, можно фиксировать конечность в любом положении,—анкилоза не образуется. В случае же образования анкилоза в порочном положении его можно устранить дополнительной операцией. Такое лечение ведет к более быстрому затиханию процесса—иногда уже через 4—6 недель.

Н. Киттенко.

д) Внутренние болезни.

462. Классификация артериальных гипертоний. R. F. Weiss (Zeit. für Kreislaufforschung, 1928, № 14) предлагает следующую классификацию артериальных гипертоний: 1) гипертонии на токсической почве: а) инфекционно-токсические (при остром гломерулонефрите, сифилисе), б) чисто-токсические (при свинцовом отравлении), в) аутоотоксические (при злокачественном склерозе, нефрите беременных); 2) гипертонии на рефлекторной почве: а) центрального происхождения (напр., вследствие повышения мозгового давления), б) периферического происхождения; 3) гипертонии на гормональной почве: а) зависящие непосредственно от гиперфункции надпочечников, б) возникающие вследствие других секреторных расстройств с последующим нарушением функции надпочечников; 4) гипертонии на конституциональной почве, именуемые автором «конституциональными артериальными гипертониями» в отличие от прежних названий «перманентных», «эссенциальных» или «генуинных» гипертоний. Рассматривая всякую гипертонию, как особую болезнь кровяного давления, автор подробно описывает на конституциональных артериальных гипертониях, как на самых распространенных (70—75%), причем различает среди них: 1) инициальную стадию (высокое давление); 2) первую стадию (лабильное высокое давление); 3) вторую стадию (устойчивое высокое давление); 4) третью стадию (предельно-высокое давление); 5) конечную стадию (вторичный артериосклероз, вторичный нефросклероз, вторичная миодегенерация сердца). Автор отмечает большое практическое значение инициальной стадии, так как последняя зачастую имеет место в тех случаях, которые до сих пор трактовались, как «нервные повышения кровяного давления».

С. М. Райский.

463. Сравнительные измерения кровяного давления способами осцилляторным, аускультаторным и пальпаторным. По R. F. Weiss'y (Zeit. f. Kreislaufforschung, 1928, № 6—10) получаемые этими тремя способами цифры различаются в общем не очень сильно, хотя все же разница может достигнуть 25 мм. ртутн. При этом разница между осцилляторными и аускультаторными величинами бывает чаще и больше, чем между аускультаторными и пальпаторными. В качестве самого совершенного способа измерения наибольшего давления рекомендуется аускультаторный способ, осцилляторный же является наименее надежным.

С. Г-в.

464. Лечение атеросклероза. На первом плане из лекарственных средств против склероза K a e m m e r e r (Med. Welt, 1928, № 12) ставит иод, причем, в противоположность тем большим дозам, в которых он применяется при сифилисе, здесь он назначается в малых дозах: больным дают solutio Na jodati из 2,0 на 200,0 3 раза в день по детской или чайной ложке. Полезно к раствору прибавлять такое же количество Na bicarbonici, а также к каждой дозе по 15 кап. валерьяновой настойки.

P.

465. О причинах увеличившейся за последние годы частоты легочных эмболий. Обсуждая этот вопрос, O b e r n d o r f e r (Münch. med. Woch., 1928, № 16) приводит мнение некоторых авторов, что здесь отчасти повинно частое применение внутривенных вливаний. С другой стороны причиной этого являются успехи лечения болезней сердца, вследствие чего относительно меньше сердечных больных гибнет от недостаточности сердца, и орган долее удерживается работоспособным. Но последнее обстоятельство дает время для явлений отмирания на периферии, которые и ведут к тромбозам и эмболиям.

С. Г.