

111. Рентгенодиагностика почечных заболеваний. Th. Cobb (Klin. Chir., Bd. 148) во всех случаях, где имеет место раздражение в почечных лоханках, а также при наличии гнойных процессов в почках в точниках, рекомендует вводить в почечную лоханку, вместо той или другой кости, теплый воздух. Применен этот метод в 305 случаях на 192 больных всегда получал при нем прекрасную рентгеновскую картину и ни разу не наблюдал осложнений.

И. Циммер

112. Современное лечение тbc гортани по должно быть лишь местным ибо тbc гортани есть процесс, сопровождающий легочный тbc. Rickshall (Strahlentherapie, Bd. 20, S. 291) не разделяет пессимистического взгляда на лечимость процесса в гортани. Так же, как и при легочном тbc, большую роль здесь играют климатические и гигиенические факторы. Одно из важнейших условий выздоровления, по автору, это—молчание. Scheweigking. Кашель должен быть подавлен. Доминирующее значение, наряду с лекарственным лечением (5—10% ментоловое масло с тирлопином—хвойным экстрактом, 30—80% молочная кислота при язвах, кризолган или трифал внутривенно) и гальванокаустикой принадлежит здесь рентгено- и гелпотерапии: под действием лучей процесс заживления язв несомненно ускоряется. Противопоказано лечение лучами при экссудативных формах. Техника рентгенотерапии: 2—3 круглых поля от 4 до 6 саят. в поперечнике, фокусное расстояние 24 сант., фальт—4 мм. алюминия, нагрузка трубки 2—2½ М. А. Доза—от 6 до 10 на поле. Освещение 3 раза в неделю, затем пауза в 3 нед. и повторение. Радий не дал автору положительных результатов.

Р. Я. Ласуль.

113. Лечение тbc хориоидита x-лучами. G. Вагш и J. Негггайзер (Klin. Mon. f. Augenh., 1927, № 79) в 3 случаях болезни после освещения ма-лыми приемами x-лучей получили быстрое обратное развитие тbc процессов в глазу, и именно, сначала продуктивных, а несколько медленнее—и выпотных.

С. С-в.

г) Внутренние болезни.

114. О сочетании сердечной астмы и грудной жабы. По Вигль (Wien. kl. W., 1927, № 41) встречаются случаи, в которых существуют одновременно приступы одышки и припадков грудной жабы. В некоторых из них выписывание вытяжки мозгового придатка, которая обыкновенно прекрасно действует при чистой сердечной астме, быстро устраняет все явления.

С. С-в.

115. К лечению болезней желудка. По наблюдениям N. Jядиса в В. Климша (Wien. med. W., 1927, № 38—40) даваемые через короткие промежутки времени большие приемы углекислой извести и жженой магнезии очень благоприятно действуют при неосложненных, некровоточащих язвах желудка (в 12-перстной кишки) и при кислотном гастрите, если одновременно назначается не раздражающая, молочно-растительная диета. Суточная доза извести может при этом достигать 20—40 грм., а магнезии дается в таком количестве, чтобы устранить раздражающее действие первой. Обыкновенно при таком лечении наступает быстрое и прочное ослабление припадков. Особенно благотворное действие оказывает такая терапия на явления спастического запора.

С. С.

116. Сифилис легких. Fr. E. Tylesote (Lancet, 1927, № 13) утверждает, что легочный сифилис, возможность которого у взрослых некоторыми авторами совершенно отрицается, а другими, особенно специалистами по бугорчатке, считается за редкость, на самом деле вовсе не так редок. Автор описывает 16 случаев этой болезни, из которых 12 наблюдал лично. У детей болезнь эта называется белою пневмонией, гуммами, или тем и другим вместе; у взрослых встречаются: 1) фиброзная форма с изъязвлениями в гортани, трахее или бронхах, которые ведут к бронхоэктазиям или пещерам, с гуммами или без них; 2) хроническая межлочечная пневмония; 3) гуммы; 4) повреждения, обусловленные своим возникновением сифилитическому артериосклерозу, с инфарктами, легочными эмболиями и серо-фибринозным плевритом; 5) легочный артериосклероз с сильным отекотом. Припадки часто тождественны со встречающимися при др. легочных заболеваниях. Обычный симптом—кровохарканье, редко пагубное, а равно бронхоэктазии. Нормальное или слегка повышенное кровяное давление (в противоположность бугорчатке) говорит за сифилис. Выдающееся значение в симптоматологии занимает одышка. В случаях «бугорчатки» с повторным неахождением палочек выявляет

... влажны и проз (словообразный ... приемы подиет ...

117. Смертность (Klin. W., 1927, ... смертей от тромбозического Института) у больных с внутренне ... агнологическую р ... особенно у людей

118. Паратиф (№ 1) описывает ... брышной тиф ... то за ревма ... на бедре нет ... части бедра снаруж ... кой кости заметно ... и костью светлок ... была подвергнута о ... логически, оказалс

119. Смерть (Chir., 1927, № 50) ... смертельного исход ... операции и техни ... для местной анесте ... железа. После опе

120. Роль се ... несколько опытов ... № 17) нашел, что ... ность салыника ве ... не отражается на ... крови.

121. Опера ... med., 1927, № 60) ... операция противо ... лейкоми. бол. Н ... при тbc, спфплис ... хорошие результ ... из 8 случаев тbc ... зый. В эту же гу ... тухол. с геморра ... буалев. До опер ... диагноза. Самую ... зения осложнени ... автор отмечает: ... трофический ци ... и повторно в ... а также кормле ... в) врыскивана

122. Леч ... V. Blatz и J. ... сторонниками с ... мнению, при э ... рошай дренаж ... ледствозе инф ... возно от живо ... мертвой кости

дело RW; важны и проявления сифилиса в др. органах, а равно помогают иногда r-лучи (специальным фибром вдоль сосудов). Для лечения наиболее пригодны большие дозы подкислого натрия, втирания серой мази или сочетание ртути с подкислым натрием.

117. *Смертность от тромбоза и эмболий легочной артерии*. Т. Габл (Klin. W., 1927, № 46) обращает внимание на нарастание за последние годы смертей от тромбоза и легочной эмболии (по материалам Гамбургского Патологического Института). Наростание это замечается также, даже особенно, у больных с внутренними болезнями. По предположению автора здесь играет важную этиологическую роль столь частое теперь применение подожных ирригиваний, особенно у людей, расположенных к тромбозу и эмболиям.

д) Хирургия.

118. *Паратифозный остеомиелит*. Eljasberg (Warsz. Szator. Lek., 1927, № 1) описывает следующий случай: больная 2 года тому назад перенесла якобы брюшной тиф и с той поры чувствует боли в правом бедре, принимаемые врачами то за ревматические, то за невропатические; наружных признаков заболевания на бедре нет. — вместе только сильная боль при надавливании в средней части бедра снаружи; рентген: «на наружной поверхности средней части бедренной кости заметное наложение надкостницы; между утолщенной надкостницей и костью светлое место, в нем вдоль кости длинный, тонкий секвестр». Больная была подвергнута операции. Гной, найденный в кости, будучи исследован бактериологически, оказался содержащим палочки паратифа С.

119. *Смертность при операциях по поводу зоба*. R. Syring (Zentr. f. Chir., 1927, № 50) сообщает о 1000 случаях операций по поводу зоба без единого смертельного исхода. Такой успех он объясняет строгой выработкой показаний к операции и техникой оперирования: Как правило, автор пользовался при операции местной анестезией, применял перевязку всех 4, редко 3 сосудов шитовидной железы. После операции в рану вводился на 24 часа дренаж.

120. *Роль сальника при внутрибрюшных кровотечениях*. Поставив несколько опытов на животных (собаках), И. М. Фишельсон (Вр. Дело, 1927, № 17) нашел, что, вопреки мнению некоторых авторов, всасывательная способность сальника весьма велика, и что резекция части или даже всего сальника не отражается на быстроте и интенсивности излившейся в брюшную полость крови.

121. *Оперативное лечение спленоомегалий*. E. Weil и Grégoire (Pr. med., 1927, № 60) делят спленоомегалии на 2 группы: 1) пролиферативные, где операция противопоказана, — сюда относятся спленоомегалии при лейкемии, псевдолейкемии, бол. Hodgkin'a и саркоме селезенки; 2) воспалительные хронические, — при tbc, сифилисе, kala-azar, малярии и пр. В последней группе отмечены хорошие результаты от спленэктомии: у Мауо, напр., было 7 удачных случаев из 8 случаев tbc селезенки и 5 удачных случаев — из 6 язвотических спленоомегалий. В эту же группу могут быть отнесены спленоомегалии с гемолитической желтухой, с геморрагиями, с хронической анемией, с симптомами Van't Hoff, с полиглобулией. До операции автор указывает на необходимость точного этиологического диагноза. Самую операцию рекомендуется производить возможно раньше — до появления осложнений со стороны печени (асцит). Из подготовительных мер к ней автор отмечает: а) определение функции почек и печени (атрофический и гиператрофический пиррозы печени противопоказуют операцию; б) переливание крови и повторные инъекции венецина (последняя инъекция за час до операции), а также кормление больных печеночным бульоном в случаях тяжелых анемий; в) ирригивания антипневмококковой вакцины.

122. *Лечение септического остеомиелита костей черепа и лица*. V. Blair и J. B. Brown (ref. Journ. de chir., 1927, № 4) являются горячими сторонниками старого консервативного метода лечения данной болезни. По их мнению, при этой последней надо прежде всего возможно раньше установить хороший дренаж очага с минимумом оперативной травмы, потом ждать, пока вирулентность инфекции не уменьшится, и мертвая кость не отделится самопроизвольно от живой, и, наконец, в этот благоприятный момент вынуть все осколки мертвой кости, затрагивая как можно меньше грануляции. Авторы энергично вос-