

309. *Сочетание сердечной астмы и грудной жабы.* По F. Grün (Wien. klin. W., 1927, № 41) такое сочетание в практике встречается сравнительно нередко, причем в этих случаях наряду с характерными болями имеются и приступы одышки. Помогают в таких случаях, и очень быстро, впрыскивания вытяжки мозгового придатка. С. С-в.

310. *Лечение хронического бронхита и зависящей от него астмы.* Veilchenblau (Münch. med. W., 1928, № 5) видел хорошие результаты при этой болезни от внутривенных впрыскиваний 50% какадилового раствора в возрастающих и потом уменьшающихся количествах (1—6 кб. сант.), с промежутками по 3 дня. Случаи, осложненные бугорчаткой легких, отсюда исключаются. С. С-в.

311. *Инсулин и диабетическая кома.* David (Ther. d. Gegenw., 1928, № 2) на основании обширного статистического материала подчеркивает необходимость возможно-раннего применения инсулина при диабетической коме: если лечение начато в первые 6 часов по наступлении потери сознания, то оправляются почти все леченные; напротив, после 12 часов надежда на сохранение жизни равна почти нулю (некоторые больные и здесь еще приходят в себя, но гибнут потом при явлениях нарастающей сердечной слабости, вследствие общей неспособности клеток окислять сахар). С. С-в.

312. *Слизистый колит.* По данным, имеющимся в Journ. of Amer. Med. Ass., 1927, № 4, причины слизистого колита бывают весьма различны: механические, химические, нервные. Септические фокусы в зубах, в миндалинах, в тазу играют здесь также нередко важную этиологическую роль. Если ни одна из этих причин не обнаружена, то в основе колита лежит или нарушение обмена, или расстройство со стороны нервной системы. В большинстве случаев слизистый колит есть тяжелая форма спастического запора, обусловленная стазом в проксимальной части толстой кишки и спазмом—в дистальной; первый вызывает раздражение фекальными массами и на этой почве—спазм поперечно-ободочной и нисходящей толстой кишок, а это в свою очередь усиливает стаз. Спазм может быть ослаблен масляными клизмами и приемами per os оливкового и касторового масла, применением тепла на живот и назначением внутрь препаратов белладонны, а также легкой диетой; длительное применение последней впрочем ухудшает состояние, вызывая запоры. Гигиена духа наряду с указанными средствами также должна играть видную роль в лечении: нервные больные должны быть убеждены в легкости и безопасности для них данного заболевания. В случаях, где причиной слизистого колита является амёбная дизентерия, хорошие результаты дает стоварсол по 0,25. Н. Крамов.

313. *Лечение амёбной дизентерии.* Лечение этой болезни эметин<sup>ом</sup>, проведенное Manson-Bahr<sup>ом</sup> (Brit. Med. J., 1927, № 3480) у 87 больных, дало вполне удовлетворительные результаты в ранних стадиях болезни, в хронических же случаях оказалось безуспешным, несмотря на высокие дозы эметина (до 80 гран и больше). Напротив, эметин-висмут-иод, проведенный на 40 случаях, только в 5 из них не дал постоянных результатов. Недостатки этого средства (привыкание к лекарству, побочные неприятные действия) побуждали, однако, автора прибегнуть к комбинации его с патреном, причем последний вводится в клизмах, эметин-висмут-иод же—per os, по 3 грана на ночь. Испробовав эту комбинацию в 22 случаях, где один эметин был безуспешен, автор нашел, что при помощи ее можно бороться с амёбными поражениями прямой, слепой и нисходящей кишок. Н. Крамов.

314. *Свищ поджелудочной железы.* P. Trnka (Casopis lékařů českých, 1927, № 35) в одном случае травматического свища поджелудочной железы убедился, что организм может в течение 1/2 года переносить потерю поджелудочного сока без каких-либо объективных и субъективных расстройств. Принимавшаяся per os соляная кислота увеличивала у больного отделение сока, а щелочи—уменьшали, так что железа реагировала, как здоровая. С. С-в.

#### 6) Хирургия.

315. *К лечению злокачественных опухолей.* E. Lick (Zentr. f. Chir., 1928, № 5) оперировал 52-летнего мужчину по поводу рака полового члена; операция состояла в ампутации члена и вылушении паховых желез, причем ран в пахах зашить наглухо не удалось. Два месяца спустя наступило рожистое воспа-

ление в области еще не вполне заживших паховых ран. В промежуток 3—6 недель рожка затем повторилась, после чего наступило полное заживление ран с отсутствием рецидива. Предполагив, на основании этого случая, что злокачественные опухоли под влиянием повторяющейся рожки исчезают, Coley рекомендует лечить неоперабельные случаи таких опухолей прививками смеси токсоидов рожки и *b. prodigiosus*. *И. Циммерс.*

316. *К дезинфекции рук пред операциями.* R. Frank (Zentrbl. f. Chir., 1928, № 9) накапывает 3% раствор перекиси водорода на мыленные руки, получая при этом обильную пену с развитием кислорода. Такая пена, по его уверению, очищает глубокие кожные поры и освобождает их от бактерий. После этого руки вымываются алкоголем для закрытия тех же пор и фиксации еще оставшихся зародышей. Бактериологическая проверка способа дала автору очень хорошие результаты. *С. С-в.*

317. *Спинномозговая анестезия.* J. Ducuing (Presse med., 1927, № 77) за время с 1908 года проделал 6000 люмбальных анестезий. На основании своего опыта он устанавливает следующие противопоказания к последним: 1) возраст моложе 15 лет и старше 70 лет; 2) кратковременные операции, или такие, которые можно сделать под местной анестезией; 3) бывшие раньше или имеющиеся налицо расстройства нервной системы; 4) низкое кровяное давление (с этой точки зрения спинномозговая анестезия противопоказана при кровотечениях, общем перитоните, шоке и инфекциях). Не применяет ее автор также при операциях на груди. Перед анестезией он не впрыскивает под кожу ни камфоры, ни эфира. Пункция производится тонкой иглой, по возможности сразу, чтобы не делать нескольких отверстий в оболочках, притом не выше I поясничного промежутка. Для анестезии D. употребляет синакин в 8% растворе, приготовленном заранее, в дозе до 18—20 смтр. чистого алкалоида. В течение анестезии не делается никаких подкожных инъекций эфира, кофеина и т. п., которые автор считает совершенно бесполезными. После операции рекомендуется темная комната, покой, молчание, запрещение чтения и разговоров в течение 3—4 дней, что ведет к значительному уменьшению головных болей. *М. Знаменский.*

318. *Лечение фурункулов впрыскиваниями собственной крови.* Karris (Ther. d. Gegenw., 1928, № 1) считает такие впрыскивания прекрасным средством против воспалительного фурункулеза. Обычно при этом длительность заживления значительно сокращается, а рубцы остаются ничтожные. Но, конечно, панацеею и этот способ не является. Особенно слабо поддаются ему чирьи на шее. *С. С-в.*

319. *Как уменьшить смертность при пересадке мочеточников в кишку?* Проф. С. Н. Лисовская (Куб. Н.-Мед. В., т. VII—VIII) рекомендует для этой цели 1) производить пересадку не одновременно обоих мочеточников, а сначала одного, потом, через несколько месяцев, другого. 2) после операции вводить в прямую кишку постоянную трубку для отвода мочи. 3) вводить больным перед операцией бактериофага. *Р.*

320. *К технике резекции желудка.* J. Zahradnický (Časopis lékařů českých, 1927, № 28), потеряв двух больных после резекции желудка от разлитого гнойного перитонита, полагает, что наилучшую защиту от заносимых с пищею бактерий представляет кислый желудочный сок. Поэтому за последнее время он принял за правило давать больным пред и после операции резекции желудка соляную кислоту и, кроме того, промывать желудок физиологическим раствором поваренной соли. *С. С-в.*

321. *К технике спленэктомии.* Ferrari (Revue de chir., 1927, № 6) предлагает оригинальный доступ к селезенке: кожный разрез начинается в VIII межреберном промежутке слева, переходит на брюшную стенку, следуя направлению этого межреберья, и оканчивается на средней линии, немного выше пупка, образуя слегка выгнутую книзу линию. Сначала вскрывается только брюшная полость, а если является надобность в расширении разреза, то к последнему присоединяется разрез диафрагмы с грудной стенки в том же межреберье после предварительного сшивания диафрагмы с межреберными мышцами. В случае непреодолимых трудностей при производстве спленэктомии может быть применена, особенно при наличии утолщенной капсулы, субкапсулярная спленэктомия после перевязки сосудов ножки. Техника ее заключается в том, что пальцем разрывают