

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

капсулу и пальцем же вылушают селезенку из-под капсулы, «как апельсин», без всякого кровотечения. Вылущение нормальной селезенки обычно так легко не удается. В подобных же случаях применяется еще т. наз. экзоспленексия: стараются освободить нижний полюс селезенки, вывихивая его из брюшной полости, и фиксируют к краям раны, которая оставляется открытой и заживает *per se-cundam*.

М. Знаменский.

322. *Новый симптом коксита.* Chatzkelson (Zentr. f. Chir., 1928, № 4) предлагает для раннего распознавания коксита перкутировать у больного, находящегося в лежачем положении, обе передне-верхние ости подвздошных костей. В начальных стадиях болезни при перкуссии на больной стороне, вследствие обеднения костей солями кальция, получается менее глухой тон, чем на здоровой.

Н. Циммерс.

г) Офтальмология.

323. *Лошадиная сыворотка при глазных болезнях.* Scarlett (Amer. Journ. of ophth., 1927, № 10) на основании опытов на кроликах и наблюдений над больными, особенно страдающими иритами, приходит к заключению, что наиболее действенной формой протеиновой терапии является применение нормальной лошадиной сыворотки. Она более действительна, чем молоко и т. п. вещества. В. А.

324. *К измерению аксиальной подвижности глаза.* Gutmann (Zeit. f. Augenh., Bd. 63) сообщает о результатах своих исследований, произведенных с изобретенным им прибором для измерения аксиальной подвижности глазного яблока. Эта последняя имеет дифференциально-диагностическое значение для характеристики подозреваемой ретробульбарной опухоли. Автор устанавливает, что при ангиоматозных новообразованиях, а также при экзофтальме, при базедовой болезни, аксиальная подвижность на больной стороне по сравнению со здоровой бывает повышена, при опухолях же фиброматозных, раковых и саркоматозных — ослаблена.

В. А.

325. *Spirochaeta pallida в конъюнктивальном и носовом секрете врожденно-сифилитических грудных детей.* По Weiss'у (Arch. f. Kinderheilk., Bd. 83, H. 1/2) спирохеты встречаются в названном секрете у $\frac{2}{3}$ больных детей. Появляются они здесь с началом симптомов болезни. Обычно у таких детей имеется специфический инфильтративный конъюнктивит.

С. С-в.

326. *Тифозная вакцина при табетической атрофии зрительного нерва.* R. Kutz (Casopis lékařů českých, 1928, № 3) сообщает о 7 случаях такого лечения, имевших место в глазной клинике проф. Slavík'a в Brno. Вакцина вводилась в количестве 25—550 миллионов бактериальных тел, 10-12 раз. Быстрое прогрессирование болезни после этого обыкновенно останавливалось, обратное же развитие ее наблюдалось лишь у 1 больного.

С. С-в.

д) Акушерство и гинекология.

327. *Плацента и кровяные группы.* Мать и плод ее могут обладать различными кровяными группами, и этим некоторые пытались объяснить такие патологические явления, как, напр., эклампсию. Признаки, характерные для определенных групп крови, свойственные не только кровяным клеткам, но также клеткам других тканей и органов (печени, почек, селезенки и пр.). Групповые специфические составные части могут быть получены из этих органов в алкогольном экстракте. Oettingen и Witebsky (Münch. med. W., 1928, № 9) изучали распределение специфических групповых признаков в плаценте с целью установления, какие именно части ее являются носителями этих признаков и где лежит граница между признаками материнскими и плодовыми. С этой целью они приготавливали алкогольные вытяжки из хориона, амниона, пуповины, ворсинок и децидуальной оболочки. Их исследования касаются только кровяной группы А. Оказалось, что плацента совершенно не содержит специфических групповых признаков в противоположность децидуальной оболочке, в которой они отчетливо обнаруживаются. Т. о. плацента является как бы нейтральным органом между матерью и плодом, и при гетероспецифической беременности нет оснований объяснять различные патологические явления разницей в кровяных группах матери и плода.

А. Вилегзанин.