

инфекцию желудка из 12-перстной кишки. Родан жел. сод. в большей части случаев усиливает дезинфицирующее действие желудочного сока. Количество положительных находок микробов больше всего в группе с низким содержанием родана, независимо от того какая при этом кислотность (norm., super., sub. и apaciditas). Бактерицидная сила желудка увеличивается с содержанием родана; при большом количестве родана, даже при отсутствии HCl, наблюдается усиленное дезинфицирующее действие сока. Содержание родана приобретает особенно большое значение в патологических условиях, когда имеются благоприятные условия для внедрения микробов в желудок. При *ulc. ventr.* и *duodeni* желудок, несмотря на имеющийся при этом гастрит, свободен от микробов; при этом обычно находят высокие цифры родана. При *tbc. a.* находил низкие цифры родана; это делает понятным частое нахождение у *tbc. b.-ных* грам—отрицательных зародышей в желудке (Hennig и Ornstein).

Э. М.

9) Voas (Dtsch. med. Woch. S. 149 1933 г.), излагая основные установки в лечении язвы желудка и 12-типерстной кишки, говорит, что для понимания терапевтических мероприятий надо обращать внимание на характер язвы, ее локализацию и осложнения. Фундаментальное значение для оценки эффективности какого-нибудь метода лечения имеет разграничение между ближайшими и отдаленными результатами лечения. Непосредственных результатов можно добиться очень многими методами, в том числе и диетой L e u b e. Прогноз, в смысле излечения явно или скрыто кровоточащих язв, лучше, чем при некровоточащих. Поэтому, последние выгодно провокационно переводить временно в кровоточащие. До сих пор, однако, не удавалось достигать при *ulcus'ax* длительного излечения. Центральной проблемой терапии *ulcus'a* является нахождение объективных критериев для процесса рубцевания. Данные, добытые а. при изучении порфиринов кала, указывают на то, что многие случаи, рассматривавшиеся до сих пор как рецидивы, фактически были не рецидивами, но оставшимися неизлеченными язвами.

Э. М.

10) *Является ли темнокоричневая желчь (В-желчь) желчью из желчного пузыря?* Einhorn M. (Arch. f. Verdauung. Bd. 53, H. 1/2, S. 1—9, 1933 г.) подвергает критике теорию Meltzer-Lyon'a о том, что при вливании в *duodenum* *magn. sulfur.*, расслабляется *sphincter Oddi* и сокращается желчный пузырь, содержимое которого и дает В-желчь. Основанием для критики служат следующие факты: 1. Другие соли при введении в *duodenum* тоже могут вызывать выделение темной желчи. 2. Изменение цвета желчи после *magn. sulfur.* наступает не сразу, а ступенчато. 3. Интенсивность окраски В-желчи зависит от концентрации *magn. sulfur.*—25% раствор дает более темную желчь, чем 15%. 4. Удельный вес после *magn. sulfur.* выше, чем после пептона, хотя интенсивность окраски в обоих случаях одинакова. 5. После уже полученного рефлекса через несколько минут можно опять получить тот же результат, что было бы невозможно, если в ответ на первое раздражение желчный пузырь опорожнился. 6. У холцистэктомизированных б-ных можно после *magn. sulfur.* или пептона получить В-желчь. 7. У ряда б-ных, дававших В-желчь, на операции обнаружен желчный пузырь, наполненный камнями и закрытый *ductus cysticus*. А. считает, что *magn. sulfur.* и друг. в-ства активируют печень и увеличивают ток желчи. Результатом является выделение преимущественно печеночной желчи с большей или меньшей примесью пузырной желчи.

Э. М.

d) Хирургия.

11. *Гастроскопия* A. Monlanguet, A. Gutmann et I. Laval (Les appareils d'oto-laryngologie N. 6. 1932 г.) дают подробное описание гастроскопии, как способа исследования желудка, который должен занять равное место на ряду с эзофагоскопией и бронхоскопией. Излагается историческая часть этого метода и затем описание инструментария. Последний состоит из трех частей: наружной трубки с воздушным пространством, мандрена и оптической системы. Сначала вводится трубка с мандреном в пищевод, когда проникают в желудок,—мандрен вытаскивают и вставляют оптическую систему. Описывается подробная техника исследования желудка, при положении больного на левом боку. Сначала трубка вводится до *maximus'a*, так чтобы лампа приблизилась к задней стенке желудка. Затем, постепенно вытягивая трубку, обозревают среднюю часть желудка и потом,

при дальнейшем выпячивании, достигают области cardia. Для обозрения всех частей желудка нужно вращать трубку вокруг своей оси. Для лучшего обозрения желудка туда вдувают воздух посредством баллона, сообщающегося с воздушным пространством трубки. Наиболее трудным участком для обследования является задняя стенка желудка и область привратника. В одной пятой всех случаев авторам не удавалось произвести полного исследования желудка, в остальных $\frac{4}{5}$ случаев, благодаря гастроскопии, удается точно обнаружить развитие язвы желудка, частоту и разнообразную картину гастритов. Особенно этот метод ценен для раннего диагноза рака желудка. В конце дается ряд схематических рисунков желудка при различных положениях гастроскопа.

И. И. Щербатов.

12. *Резекция желудка по Бильроту 1 с последующим рентгеновским обследованием оперированного желудка.* G. Sachs (Zentralbl. f. Chir. 1934, N 2) произвел 122 резекции желудка, из них 90 по Бильрот 1. Автор считает, что этот способ в методике Homs v. Haberger'a дает отличный анатомический и функциональный результаты, и подтверждает это рентгеновским обследованием 6-ых после операций.

И. Цимхес.

13) *Непосредственные и отдаленные результаты лечения атрезии заднего прохода и прямой кишки.* Priv. Doz. E. Starlinger и W. Richter (Zentralbl. f. Chir. 1933 N 50) за 25 лет наблюдали 30 случаев атрезии заднего прохода и прямой кишки с и без образования свищей. Дальнейшая судьба известна в 23 случаях. Непосредственная смерть—33%, не непосредственная—57%. Atresia recti дает 100% смертность. Авторы рекомендуют предпринимать наиболее легкое оперативное вмешательство.

И. Цимхес.

14) *О сакральной ампутации прямой кишки по Goetze.* Max Krabbe (Zentralbl. f. Chir. 1934, № 8) оперировал по способу Goetze 8 больных, из них 6 с хорошим результатом. Автор считает, что сакральный метод Goetze, при наименьшем операционном риске, дает одинаковую радикальность, как и комбинированные операции, и потому заслуживает дальнейшего более широкого применения.

И. Цимхес.

15) *Лечение смещений средостения после торакопластики.* Dr. E. Doshanig (Zentralbl. f. Chir. 1934, № 9) описывает сравнительно редкое послеоперационное осложнение после торакопластики—маятникообразное смещение средостения, развивающееся в результате неравного давления в обоих плевральных полостях. Автор в течение 2 лет на 80 торакопластик в 4 случаях наблюдал это осложнение. Состояние сильной степени колебаний средостения опасно и мучительно для больного. Дыхание частое и происходит с большим напряжением мышц и недостаточным удовлетворением потребности в кислороде. Больные цианотичны и, вследствие хронического переполнения организма углекислотой,—в полусознательном состоянии, беспокойны, бросаются на кровати. При рентгеноскопии видны маятникообразные движения сердца. Такое состояние больных, которое мучит их день и ночь, в конце концов совершенно истощает их. Сердечная деятельность приходит быстро в упадок и больные погибают при явлениях быстро нарастающей недостаточности кровообращения. Лечение: большие дозы морфия, непрерывное кислородное дыхание и возможно раньше длительное лежание на оперированной стороне.

И. Цимхес.

16. *Остеохондропатия локтевой кости (osteochondritis olecrani)* является еще более редкой формой среди редких заболеваний других отделов скелета. Некоторые из этих olecrani't'ов описывает U h g m a s c h e r (Z. f. orthop. Chirurgie, Bd. 59, стр. 398, 1933 г.), который наблюдал эту форму эпифизита у молодых субъектов в возрасте до 19 лет, подвергавшихся различным травмам, острым и хроническим (профессиональным). Большую роль играет конституция больного, который, в зависимости от нагрузки на эпифиз, дает более или менее выраженную асептическую воспалительную реакцию с частичным некрозом ядер локтевого эпифиза с их последующими фазами фрагментации, слияния и репарации, после которой больной выздоравливает при сохранении ненарушенной функции локтевого сустава.

Р. Гасуль.