

во время измерения кровяного давления, Kroschinski (M. m. W., 1926, № 35) обратил внимание на то, что шумы сердца функционального характера при сдавливании предплечья манжеткой теряют характер шума, приближаясь к нормальным тонам, между тем как шумы органического происхождения при этих условиях усиливаются. То же самое относится и к клапанам сосудов. Нечистые тоны, зависящие от недостаточности сосудистого тонуса, становятся при сдавливании манжетки чище и полнее; шумы же, зависящие от расширения или склероза аорты, при этих условиях становятся еще более отчетливыми. Наиболее четко этот феномен воспринимается при выслушивании сердца и сосудов в момент максимального кровяного давления. Метод выслушивания сердца и сосудов во время измерения кровяного давления может быть, таким образом, по мнению автора, использован, как вспомогательное диагностическое средство.

Дайховский.

565. *К лечению бронхильной астмы.* Применяя инъекции Na silicici у больного с открытой формой tbc, страдавшего одновременно типичными приступами бронхильной астмы, Zickgraf (M. m. Woch., 1926, № 36) случайно обратил внимание, что приступы астмы у этого больного в связи с лечением исчезли и в течение 9 месяцев не возобновлялись. Дальнейшее применение этих инъекций в 20 случаях бронхильной астмы дало столь же благоприятные результаты: в некоторых случаях приступы астмы исчезали безвозвратно, в других иногда появлялся легкий приступ, который как по силе, так и по длительности отличался от предыдущих приступов. Автор пользовался инъекциями 1—2 куб. с. 2% раствора Na silicici внутривенно; вначале вводится 0,01, и, если больной хорошо переносит эту дозу, то в последующие разы переходят к дозе 0,02. Курс лечения длится 10—14 недель. В первые 3—4 недели делается 3 инъекции в неделю, в следующие 3—4 недели—по 2 инъекции в неделю и еще через 3—4 недели—по 1 инъекции в неделю. Через 1/4 года автор рекомендует повторить курс лечения. Никаких неприятных ощущений эти инъекции больному не причиняют. Эта терапия, по мнению автора, является каузальной, так как она влияет десенсибилизирующим образом против аллергена, вызывающего приступ бронхильной астмы.

Дайховский.

566. *Желудочные боли при адгезивном плеврите и диафрагмальном перигастрите.* Plaschkes и Weiss (Wiener kl. Woch., 1926, № 42) нашли, что описанные Ortner'ом, Nace и Rennen'ом желудочные боли при хроническом или зазлеченном слипчивом плеврите,—большую частью туберкулезного происхождения,—встречаются гораздо чаще, чем это до сих пор думали. Передко боли эти дают картину, чрезвычайно напоминающую боль при язве желудка. Рентгеновское исследование в некоторых подобных случаях позволяет констатировать своеобразное изменение формы желудочного дна, каковое изменение зависит от исходящего из плевры фундального перигастрита.

В. Сергеев.

567. *Новое средство для борьбы с тяжелыми легочными кровотечениями.* E. Weidinger (Wiener kl. Woch., 1926, № 41) получил прекрасные результаты от применения при обильных кровохарканиях и легочных кровотечениях стрифноина, синтетически полученного вещества, представляющего химически предварительную ступень адреналина. Средство это, выпущенное одной венской фармацевтической фабрикой в виде раствора, в ампулах, вводится внутривенно. Напротив, автор настоятельно предостерегает против применения практикующихся некоторыми врачами при легочных кровотечениях впрыскиваний морфия.

В. Сергеев.

568. *К вопросу об anaciditas.* Jarno (Arch. f. Verdauungskrank., Bd. 38, H. 3/4) на основании большого клинического материала приходит к заключению, что hyperaciditas сопровождается уменьшенным содержанием холестерина в крови, а anaciditas, наоборот, повышенным. Сальваид,—препарат, содержащий много холестерина,—повышает содержание холестерина в крови и вместе с тем понижает кислотность желудочного содержимого.

А. Миркин.

569. *Хлорообмен при секреторных расстройствах желудка.* Holler и Blösch (Arch. f. Verdauungskrank., Bd. 38, H. 5—6) предлагают двойную методику исследования функции желудка, мало отличающуюся от методики Kalk'a и Katsch'a. С промежуток в один или два дня производится фракционное исследование желудочного содержимого—первый раз с водой, второй раз с кофеиновым завтраком. Гипацидные и гиперацидные желудки ведут себя по отношению к кофеиновому завтраку различно: в первом случае количество хлори-

дов и кислотность после кофеинового завтрака, сравнительно с водяной пробой, бывают или увеличены, или уменьшены, что говорит за повышенную или пониженную реактивную способность желудочных желез; гиперацидные желудки после кофеинового завтрака дают, в сравнении с водяной пробой, более низкие цифры количества хлоридов и кислотности, что заставляет думать о плохой работе железистого аппарата у гиперацидиков. Вышеописанный метод позволяет различать тонкие нюансы работы желудочных желез. Как стандартные цифры, Holler и Birsch предлагают брать цифры после водяной пробы. А. Миркин.

570. *Своеобразная болезнь печени.* Edelmann (Wiener kl. Woch., 1926, № 43) наблюдал целый ряд случаев, где имел место своеобразный симптомокомплекс, слагавшийся из желтой окраски кожи (xanthomatosis cutis), резко выраженной гиперхолестеринемии при отсутствии содержания билирубина, отчетливой гипертермии, увеличения и болезненности печени, расстройств пищеварения, болей в суставах, общей слабости и нейрастенических явлений. Автор полагает, что имел здесь дело со специфическим заболеванием печени. Наблюдалось оно преимущественно у мужчин в 35—35 лет, но встречалось и у женщин. В. С.

г) Хирургия.

571. *Новое средство для ускорения образования костной мозоли при вяло заживающих переломах.* Таковым является ossophyt (Na glykokolphosphoricum), изготовляемый фирмой Boehringer в Мангейме. Düker (Zent. f. Chir., 1926, № 36) сообщает о двух случаях перелома нижних конечностей, где после 8-ми и 4-недельного безуспешного лечения гипсовой повязкой очень быстро помогли инъекции 4% водного раствора ossophyta в окружность перелома, производившиеся в количестве 10,0 раствора в неделю (в 1 или 2 приема). М. Фридланд.

572. *Жировая эмболия*, на основании обзора этого вопроса с современной точки зрения, по Landois (Deut. med. Woch., 1926, № 7), чаще всего наблюдается в возрасте 20—50 лет, вследствие обилия в этом возрасте в костном мозгу жидких жирных кислот. Достаточно 30—40 грамм жира, чтобы наступила смертельная эмболия. Задержавшись более или менее долгое время в капиллярах легкого, жидкий жир (если больной переживает острый период эмболии) распространяется большим кругом кровообращения по всем органам, вызывая в них иногда тяжелые поражения, напр., кровоизлияния и размягчение в мозгу. Диагностически особенно показательно констатирование жира в моче. Главнейшими причинными моментами жировой эмболии являются костные переломы, ортопедические операции, подкожные и, в особенности, внутривенные инъекции с терапевтической целью различных масел (эвкалиптового, камфарного и т. п.). Лучшим лечебным мероприятием при эмболии является обильное кровопускание из плечевой вены с последующим введением под кожу 2 литров физиологического раствора. М. Фридланд.

573. *Хирургическое лечение инвагинаций* у детей в возрасте от 2 мес до 2 лет произвел с 1908 по 1926 г. в 40 случаях Suermondt (Nederl. Tijdschrift v. Geneesk., I, 15, 1926; по реф. в Zent. f. Chir. 1926, № 37). Общая смертность 37,5%, 16 случаев было оперировано в течение первых 24 часов, причем смертность была равна 6,3%; 10 случаев—позже 24 часов, смертность 20%; 2 случая—через 36 часов, смертность 50%; 7 случаев—через 48 часов, смертность 86%; 5 случаев—через 3 суток, смертность 100%. Вывод ясен: необходимо самое раннее оперирование. При ileocecal'ных инвагинациях показана дезинвагинация с аппендикоэкsectией, при ileoileal'ных или coloncolon-инвагинациях показана одна дезинвагинация. М. Фридланд.

574. *Мышечно-фасциальный шов при оперативном лечении грыж.* Koontz (Surg., gyn. a. obst., 1926, № 2) произвел гистологическое исследование тех слоев, которые соединяются обычно при оперативном лечении паховых и бедренных грыж, т. е. апоневротического и мышечного. Исследование это убедило его, что в соединении мышц с фасцией главную роль играют фиброзные составные части первой, т. е. эпимизий, перимизий и эндомизий: именно от интимности контакта этих частей с фасцией и зависит прочность сращения мышц и фасций. Поэтому перед сшиванием их необходимо позаботиться, чтобы те и другие были предварительно очищены от ареоларной ткани. М. Чалусов.